MIHAI ŞELARU
Profesor la Clinica de Psihiatrie a
Universităţii de Medicină şi Farmacie "Gr.T.Popa"
= Iaşi =

STUDII DE PSIHIATRIE
SCHIZOFRENIA
VOL.I

Coautori:
Dr. **DORINA DONCIU**
Conf.Dr.**P.BOIŞTEANU**
Prof.Dr.**V.CHIRIŢĂ**

Editura Dosoftei - IAŞI

MIHAI ŞELARU
Profesor la Clinica de Psihiatrie a
Universităţii de Medicină şi Farmacie "Gr.T.Popa"
= Iaşi =

STUDII DE PSIHIATRIE
SCHIZOFRENIA
VOL.I

Coautori:
Dr. **DORINA DONCIU**
Conf.Dr.**P.BOIŞTEANU**
Prof.Dr.**V.CHIRIŢĂ**

ANDRIEŞ C. LUCIAN
Nr 2817
Biblioteca Personală

Editura Dosoftei - IAŞI

- 1996 -

A colaborat:
STOICA BOGDAN

INTRODUCERE. ISTORIC

Boală la fel de veche cât omenirea însăşi, schizofrenia sau, mai bine zis manifestările din tablourile psihopatologice reunite astăzi sub acest nume, rămâne şi pe mai departe un capitol controversat din psihiatrie. Este uşor să ne dăm seama de importanţa bolii dacă ne gândim doar la caracterul cronic şi profund invalidant, cu terapia aflată totuşi încă la începuturi. Un alt aspect îl reprezintă incidenţa suficient de crescută în populaţie pentru ca schizofrenia să fie considerată o problemă majoră de sănătate publică (Lehman în 1975 arăta că în lume există 10 milioane de schizofreni cu o rată de creştere de aproximativ 2 milioane pe an).

Cele mai vechi descrieri ale bolii apar încă din scrierile sanscrite din secolul al XV-lea î.e.n., şi le putem găsi şi în scrierile hipocratice zece secole mai târziu, ca şi în evul mediu cu interpretările şi remediile corespunzătoare nivelului de cunoaştere ale acelor vremuri.

Conturarea mai precisă a conceptului de schizofrenie o va face Kraepelin preluând termenul de demenţă precoce de la Morel. Predecesorii săi din secolul al XIX-lea subliniaseră deja o serie de caracteristici importante cum ar fi: disociaţia, debutul timpuriu, autismul şi progresivă deteriorare mintală. Studiul clinic a lui Kraepelin s-a bazat mai ales pe catatonie, publicată de Kahlbaum în 1874 şi pe hebefrenie descrisă de Heckel în 1870.

Ulterior, lui E. Bleuler (1911) îi revine meritul de a fi adunat în grupul schizofreniilor toate formele clinice la care considera drept esenţiale prezenţa disociaţiei şi a autismului. Mai târziu Kleist, Leonhardt, Jaspers, K. Schneider şi Langfeld au adus fiecare contribuţii importante în precizarea cadrului actual al acestei entităţi nosografice.

Schizofrenia trebuie privită şi din punctul de vedere al continuumului normal-anormal (schizotimie - schizoidie - schizofrenie) şi din punct de vedere al continuumului bio - psiho - social. Deocamdată cel mai sigur şi mai palpabil instrument de analiză este analiza clinică. Lucrarea de faţă, fără a pretinde că acoperă acest domeniu vast al clinicii schizofreniei, se vrea un itinerariu interesant în lumea închisă şi ciudată a bolnavului de schizofrenie.

SIMPTOME ACUTE

1. Stările melancolice, sunt de obicei cele mai frecvente.

În schizofrenie se pot întâlni reacţii normale ale bolii (inactivitatea, pierderea contactului cu realitatea), unele cazuri evocă o adevărată psihoză maniaco-depresivă şi, în fine, se întâlnesc stări melancolice ale procesului morbid. Depresiunea nu se deosebeşte cu nimic de cea obişnuită, în afară de modificările induse de prezenţa fenomenelor schizofrenice; în special, disociaţia personalităţii este cea care face ca o parte a personalităţii să asiste indiferentă sau ironică la suferinţa celeilalte părţi. Adeseori, bolnavul este în mişcare, într-o stare de agitaţie cu caracter stereotip ca şi văicărelile lui. Uneori, stările melancolice se pot însoţi de crize impulsive violente, cel mai frecvent spre suicid. Sentimentele păstrează caracterele specifice schizofreniei: exagerare, afectare, rigiditate. În cazul acestor stări melancolice se mai descriu deliruri, halucinaţii, idei ipohondrice (melancolie hipocondriacă). Se observă sindromul Cotard, care nu aparţine schizofreniei, deoarece în acest sindrom nu se întâlnesc temeri sinistrozice.

A.Janik şi K.Chromy, abordează problema psihozelor mixte şi încearcă să diferenţieze graniţele dintre schizofrenie şi psihozele maniaco-depresive. Autorul consideră că între cele două unităţi nozologice se pot introduce formele mixte de psihoze, care au în constituţia tabloului lor psihopatologic, semne schizofrenice caracteristice, dar în care un rol hotărâtor îl deţin tulburările afective sub forma dispoziţiei melancolice sau depresive. Aceste psihoze se deosebesc printr-un tip caracteristic de evoluţie şi prognostic (periodicitatea evoluţiei şi remisia deplină) şi sunt considerate în optica autorilor ca fiind justificate criteriile pentru o unitate nozologică a acestei grupe.

În mod asemănător, J.D.Lapierre îşi pune întrebarea dacă schizofrenia şi psihoza maniaco-depresivă sunt boli separate sau dacă între ele există o continuitate. Chiar de la Kraepelin cele două boli sunt privite ca entităţi distincte şi autorul, din datele şi studiile statistice analizate, ajunge la concluzia ca nu există o psihopatologie comună între schizofrenie şi psihoza bipolară. Mult mai problematică este diferenţierea sindroamelor schizoafective care nu sunt entităţi clinice bine stabilite şi care au fost considerate mai degrabă variaţii fenotipice decât sindroame clinice adevărate.

2. Stările maniace sunt însoţite de un tonus afectiv exagerat. Afectivitatea este mai mult capricioasă decât exagerată. Se descrie o tendinţă la agitaţie, fugă de idei. Aceşti bolnavi simt dorinţa de a glumi, de a face farse, de a fi extravaganţi. Ei se comportă ca nişte maşini sau ca şi cum i-ar comanda altcineva. Ei nu se plasează în realitate la fel de uşor ca maniacii adevăraţi. Detaşaţi de realitate se observă înrepetarea aceloraşi mişcări, proiecte şi reclamaţii extravagante. În starea de manie schizofrenică apar idei delirante mobile, cu caracter megalomaniac, de persecuţie sau erotic. Stările mixte maniacodepresive observate în schizofrenie de Weygandt sunt contestate de alţii (Bleüler).

3. Stările catatonice. În stările maniace sau melancolice se intrică şi fenomene catatonice, uneori în proporţie atât de mare, încât domină tabloul acestor stări, care se numesc acum catatonie maniacă sau melancolică. Aceste forme erau descrise înainte după numele de "melancolia atonita". Se descriu doua forme, extreme:

Stările akinetice, care corespund psihozelor motrice akinetice ale lui Wernicke. Aceste stări sunt constituite din atonie, stupoare şi flexibilitatea ciroasă. Se pot întâlni şi alte manifestări, cum ar fi: refuzul alimentelor, ptialism, stări confuzionale. Se descriu şi tulburări somatice reduse: tulburări vasomotorii, scădere în greutate, trăsături bufii. Acest calm este întrerupt uneori de câte un raptus catatonic;

Se mai pot observa dereglări în percepţia durerii de la hipoalgezie la analgezie, situaţii destul de frecvent întâlnite.

W. Boker încearcă să stabilească etiopatogenia acestor dereglări şi ajunge la cinci ipoteze diferite: analgezia este expresia unei imposibilităţi motorii de a reacţiona, efectul secundar al neurolepticilor, un deficit bazal în schizofrenie, etc. **Stările hiperkinetice** corespunzătoare psihozelor motrice hiperkinetice ale lui Wernicke, se caracterizează printr-o mişcare neîncetată, fără un scop determinat, cu gesturi dezordonate, impulsive, cu caracter anormal. Uneori, aceste mişcări se fac cu o mare sforţare şi cu antrenarea unor grupe musculare inutile. În aceste stări predomină un sentiment oarecare (maniac, anxios, de persecuţie), ceea ce le conferă un caracter unitar. În tabloul lor se mai includ şi tulburări de somn, tulburări vasculare: edeme, paloare, analgezie fără anestezie. În majoritatea cazurilor, bolnavii nu-şi analizează starea în care se află (Brosius). Ei înregistreză pasiv ceea ce se petrece în jurul lor. Atenţia lor este scăzută chiar în formele hiperkinetice. Unii dintre bolnavii catatonici se găsesc într-o "stare crepusculară", în care, pe baza tulburărilor senzoriale îşi construiesc o lume imaginară. Halucinaţiile sunt acelea care le condiţionează

motilitatea şi duc la absenţa mişcărilor, resimţite de bolnav ca o paralizie. "Psihoza de bufonerie", este o formă specială de catatonie hiperkinetică în care bolnavul face grimase, prostii, gesticulează.

În starea catatonică pot să apară diverse complicaţii de la stări caşectice grave, până la embolii pulmonare, cu toate semnele clinice caracteristice, situaţii ţinute totuşi sub control acum, prin introducerea tratamentului modern cu neuroleptice.

V.Benegal şi colaboratorii subliniază conceptul de catatonie idiopatică, situaţie în care semnele clinice specifice catatoniei nu pot fi asociate nici altei boli psihiatrice, existând independent şi neputând fi introdusă în sistemele de clasificare cunoscute. Principala problemă care apare este cea de diagnostic diferenţial.

4. Starea delirantă cu halucinaţii şi deliruri, care pot sau nu să se însoţească şi de alte semne. Această stare cuprinde şi delirurile melancolice şi maniace ale vechilor autori. Se întâlnesc frecvent halucinaţiile. Şcoala din Viena, în frunte cu Meynert, a reunit aceste forme sub numele de "Amentia", prin care se înţelege o stare onirică şi confuzională.

5. Stările crepusculare. Aceste stări au fost descrise sub numele de "acces schizofrenic" de Claude şi colaboratorii. Bolnavii îşi văd toate dorinţele împlinite, fie prin intermediul unui sistem simbolic, fie direct, aşa cum se întâmplă şi în visele treze ale istericilor. Într-o astfel de stare, o tânără faţă nenorocită se căsătoreşte cu iubitul ei şi are copii cu el. În viziunea bolnavului anturajul participă la starea delirantă a lui. El transformă lumea exterioară pentru a o pune în concordanţă cu delirul său. Tema delirantă este centrul în jurul căruia se petrec toate detaliile vieţii.

Astfel, o tânără bolnavă afirma ca mănâncă mai mult pentru a-şsi alăpta cât mai bine copilul.

Conduita bolnavilor se conformează delirului lor.

Dar se poate întâmpla ca nucleul, centrul delirului, să se desimulizeze sub o dezordine simbolică, şi în acest fel să se întâmple ca bolnavii să viseze în locul unei scene de dragoste, o scenă de război. Bolnavii pot acumula, în aceste stări crepusculare, noţiuni absurde şi chiar în număr mai mare decât visătorii propriu-zişi. Aceste stări se aseamănă cu extazele. Bolnavii pot avea un comportament foarte variat: unii sunt extravaganţi, alţii caută să modifice realitatea în sensul delirului lor şi, în fine, o a treia categorie de bolnavi reacţionează împotriva acestor realităţi. În gândirea lor există două direcţii: una

care înregistrează evenimentele în sensul realității și alta în sensul delirului lor. Aceste două direcții ale gândirii însă se confundă.

Acești bolnavi cer ieșirea din spital, dar justifică cererea lor cu motive delirante. Este vorba mai degrabă de stări "catatonimorfe", încă insuficient analizate, cărora nu li se cunoaște procesul intim.

Aceste stări sunt variabile ca durată de la șase luni la toată viața. Cu timpul, bolnavul se adaptează la mediu, nu are conflicte prea mari cu lumea exterioară, deși aceasta le este străină; devin calmi, dar negativismul lor se menține.

Acest delir crepuscular poate constitui o cale intermediară spre o stare cronică. Alteori, este vorba de o criză halucinatorie acută care durează câteva minute doar. Uneori, o stare de semivisare poate fi întreruptă de perioade lucide cu durată de câteva zile sau câteva minute. Alteori, aceste stări sunt ritmate: o zi lucidă, o zi în stare crepusculară.

S-a descris uneori un sindrom caracterizat prin indiferență și negativism (răspunsuri alăturea cu sensul întrebării), numit sindromul Ganser. Aceste crize se diferențiază de stările de excitație halucinatorie de la bolnavii agitați doar prin intensitatea lor. Unii bolnavi mențin un comportament logic, însă pe fondul unor vise; în acest caz starea crepusculară apare ca o reacție a bolnavului la anumite tulburări psihice. Rolul esențial îl deține factorul extern. Tabloul isteriform este puțin modificat de simptomele schizofrenice. La alți bolnavi, factorul esențial este constituit de procesul morbid cu disociația asociativă, astfel că o dorință latentă a bolnavului deodată trece înaintea gândurilor logice.

Plecând de la aceste ultime forme, se pot observa etape de trecere către stările crepusculare isterioforme menționate deja sau confuziile diverse, care, datorită lipsei de unitate, nu pot fi incluse în stările crepusculare.

6. Stările de obtuzie, trebuie deosebite de stările stuporoase. Cei mai mulți bolnavi stuporoși, nu pot gândi sau acționa și nu resimt această deficiență a lor. Alți bolnavi însă, prezintă, în afară de scăderea tuturor proceselor psihice și o incapacitate de orientare în circumstanțe simple sau neobișnuite. La acești bolnavi voința nu este atinsă de procesul morbid. Aceste ultime cazuri nu pot fi incluse în stupoarea banală, iar absența depresiei și scăderea gradului de obnubilare de la acești bolnavi îi face să nu poată fi asimilați cu inhibiția melanolică. Aceste cazuri se reunesc în stările de amorțire și obtuzie. Bolnavii aceștia au anumite aptitudini pentru muncă, dar în general ei pierd timpul. Ei pot fi diferențiați prin observație atentă de alți catatonici. Dau răspunsuri lente în ciuda voinței lor.

Exemplu de **apraxie**: când li se cere să-şi arate limba, ei încep să-şi mişte ochii, pe care de obicei îi ţin închişi, şi buzele. Alt exemplu: un bolnav se îmbracă în cinci ore, ia peria de încălţăminte pentru a se spăla pe dinţi. Pot răspunde la ordinele ce le primesc prin impulsuri contrare. **Ecopraxia** este foarte des întâlnită în aceste stări de confuzie, cu caracter de stupoare emoţională. Aceste stări de amorţire nu sunt neapărat acute. Procesele afective sunt intacte, vii. Evoluţia lor se face spre cronicizare în majoritatea cazurilor. S-ar putea ca la baza acestor stări să stea o tulburare a tuturor proceselor psihice, indusă de leziuni cerebrale, toxice, etc. Dar este mai probabil ca sunt implicate mai multe etiologii. Anumite stări de perplexitate durabile şi intense pot fi confundate cu cazurile cronice, îngreunând astfel diagnosticul. În toate cazurile se implică factorii psihologici cu factorii organici.

7. Confuzia. Incoerenţa. Aceste stări sunt determinate de tulburările asociative din schizofrenie. Bolnavii vorbesc incoerent, actele lor rămân neisprăvite, ei sunt agitaţi. Se pot întâlni şi semne somatice: limba încărcată, tremurături. În acest tablou apar câteodată şi simptome maniace sau catatonice.

D.Laskowsko, K.Urbaniac, A.Jus, subliniază că de o sută de ani psihiatrii au atenţia îndreptată asupra stărilor amentive şi catatonice cu prognostic grav. Independent de determinări, toţi autorii subliniază evoluţia acută şi pericolul lor vital. Rămâne şi în prezent deschisă cauza stărilor amentive şi a stărilor catatonice de tip Stauder. Nu este de asemenea, lămurită relaţia celor două sindroame cu stările din grupa schizofreniilor.

În perioadă 1951-1960, autorii au studiat un număr de 55 de bolnavi (12 bărbaţi şi 43 de femei) şi la care psihoza a avut un caracter acut cu fenomene amentive şi cu elemente de excitaţie catatonică. Alături de acestea, s-au observat creşterea temperaturii, o amnezie completă sau parţială după întreruperea accesului. La 20 (2 bărbaţi şi 18 femei) din 55 bolnavi, criza acută a avut un sfârşit letal. Moartea a survenit prin instalarea progresivă a unei insuficienţe cardio-circulatorii, asupra cărora examenul anatomo-patologic, n-a oferit argumente convingătoare.

Urmărind catamnestic, un număr de 23 bolnavi într-o perioadă de 2-12 ani, s-au evidenţiat trăsături de schizofrenie cronică; la 5 bolnavi urmăriţi catamnestic 3 - 5 ani, nu s-au evidenţiat modificări patologice şi au putut fi consideraţi ca fiind normali; deşi autorii nu exclud posibilitatea repetării unor crize noi. Pe baza datelor expuse, autorii consideră că există o legătură între stările amentive şi catatonia de tip Stauder cu psihozele din grupa schizofreniei.

8. Accese de furie sub formă de raptus survin de asemenea.

9. Excitație psihică cu dată fixă, apare sub formă de crize periodice, în anumite zile sau la anumite aniversări.

10. Stupoarea, nu prezintă nimic deosebit aici. Este considerată de unii autori ca deținând rolul preponderent.

11. Delirurile se traduc printr-o semnificație imprecisă a cuvintelor. În catatonie, forma mortală, pot exista stări asemănătoare delirurilor, dar aici bolnavii nu mai reacționează la mediu.

În 1890, Valentin Magnan a stabilit conceptul de bufeu delirant acut. A.Leroux, zece ani mai târziu sesizează că majoritatea psihiatrilor francezi încearcă să distingă acest sindrom de schizofrenie.

12. Escapadele descrise de Eisath, pot traduce unele stări de agitație. Bolnavii simt deodată impulsuri de a fugi drept înainte. Apare un desgust brusc de spital. Ei execută anumite ordine halucinatorii. Uneori aceste escapade sunt acte automatice, ambulatorii, de vagabondaj.

13. Dipsomania - accesele dipsomanice se întâlnesc rar (cf. E.Bleuler).

ANDRIEȘ C. LUCIAN
Nr 2817
Biblioteca Personală

CLINICA SCHIZOFRENIEI

În privința tabloului clinic al schizofreniei, se pot întâlni, după E.Bleuler, toate nuanțele psihopatologice, plecând de la normal. Deosebim simptome fundamentale, caracteristice schizofreniei și simptome accesorii care se pot întâlni și în alte afecțiuni. Tot aici este bine să amintim că schizofreniile latente, oligosimptomatice, se pare că sunt mai frecvente decât schizofreniile manifeste.

Simptomele fundamentale, cuprind tulburări de asociație și afectivitate, ca și tendința de a se insera în real o parte imaginativă și de a se rupe de realitate (autismul, solipsismul). Aceste simptome sunt specifice și durabile, fiind prezente totdeauna într-o formă sau grad oarecare. Există de asemeni și un grad negativ: absența unor semne foarte importante în alte boli. De mult timp s-a căutat să se găsească o tulburare fundamentală, caracteristică schizofreniei, din care să derive toate celelalte simptome.

Demențierea progresivă, considerată nucleul demenției, precoce descrise de Morel-Kraepelin, nu a fost acceptată de mulți autori, care s-au preocupat de găsirea unui nume pentru această psihoză care să înglobeze psihopatologia, printre care citâm: **Dementia dissecans** (Zweig, 1908), **Dementia sejunctiva** (Gross,1904), **Amblinoia simplex et catatonic** (Evensen, 1905), **Dementia aperceptiva** (Weigandt, 1905). Nici Stransky (1903) nu a fost de acord cu termenul de demență, propunând denumirea de **ataxie intrapsihică**.

În 1911, E.Bleuler introduce noțiunea de "disociere a diferitelor funcții psihice, utilizând termenul de Spaltung), iar Chaslin cea de **discordanță**, acceptată astăzi de majoritatea psihiatrilor francezi, în sensul de contradicție a proceselor psihice sau mersul lor în sens contrar.

Insuficiența activității psihice ar fi dată după Berze și Gruhle (1929) de hipotonia conștiinței din schizofrenie, care se aseamănă cu gândirea din momentul adormirii descrisă de C.Schneider.

După H.Ey, "nucleul schizofreniei este delirul".

E.Minkowski (1927) consideră că tulburarea fundamentală din schizofrenie este *pierderea contactului vital cu realitatea*, deoarece înțelege prin "vital" "factorii iraționali ai vieții".

În1958, K.Conrad foloseşte termenul de "anastrofa" pentru a desemna delirul de relaţie, adică trăirea bolnavului că totul se învârteşte în jurul său, că el este în centrul lumii. Deci, noţiunile cele mai apropiate de adevărul clinic sunt cele de **scindare, discordanţă** şi **ataxie intrapsihică**.

G.E.Morselli, consideră că psihiatria clasică susţine caracterul negativ, deficitar al întregii psihopatologii. În sistemul concepţiilor jacksoniene, această tendinţă clară determină şi explică: delirul şi halucinaţiile care sunt rezultatul eliberării sau excitării structurilor cu acţiune arhaică, inconştientă, automatică. Orientarea psihiatrică existenţialistă pune problema caracterului pozitiv al psihopatologiei; se consideră că în psihoze se continuă acţiunea activă, creatoare a conştiinţei, pusă în condiţii deosebite de existenţă. Lucrările lui Minkowski despre geometrismul morbid, raţionalismul şi abstracţionismul bolnavilor de schizofrenie sunt o dovadă în acest sens. Alt cercetător - Minowska vorbeşte despre o calitate de bază a psihicului bolnavilor de schizofrenie. Caracterul fundamental al defectului primar care pune personalitatea într-o situaţie particulară se determină după Minowska că predominarea factorilor raţionali şi spaţiali asupra dinamismului psihic.

Simptomele în schizofrenie se pot împărţi în două grupe principale: pozitive şi negative, împărţire făcută după modul de afectare a diferitelor funcţii psihice.

Simptomele pozitive sunt şi rămân esenţa diagnosticului în schizofrenie (David A.S., 1992), cele negative fiind totuşi de o importantă susţinere, secundară pentru consolidarea diagnosticului.

S-ar părea că cele două tipuri de simptome, în funcţie de preponderenţa lor la bolnavi, au şi modificări morfopatologice diferite (Rubin P. şi colab., 1994).

Simptomele pozitive s-au corelat cu creşteri ale debitului sanguin regional cerebral în cortexul striat şi temporal.

Simptomele negative s-au corelat cu debite mari în regiunea prefrontală.

Ideaţia

Se consideră că unul din simptomele fundamentale ale schizofreniei îl constituie perturbarea proceselor ideatorii, manifestată îndeosebi sub forma disociaţiei, discoordinaţiei pe planul subiectiv şi individual şi de perturbare a funcţiei sale relaţionale pe planul comportamentului ideo-afectiv şi practic social.

De multe ori perturbarea ideatorie este mai complexă, îmbrăcând un caracter ideo-verbal când procesul patologic afectează atât gândirea cât şi

limbajul. Ceea ce este însă cel mai profund perturbat în schizofrenie, este gândirea verbal-logică şi atunci ceea ce apare pe primul plan în mod predominant, poate fi tulburarea ideatorie, ca în cazul schizofreniei paranoide, sau limbajul să fie predominant afectat ca în cazul mutismului catatonic sau schizofaziei.

Perturbarea gândirii este uneori percepută de bolnavi, îndeosebi la începutul bolii, când constată oprirea, barajul, încetinirea tempoului individual caracteristic, fluenţa, flexibilitatea, viteza proceselor de gândire.

Aceste fenomene traduc procesul de disociaţie şi discoordinaţie ideativă.

În fazele ulterioare este afectată îndeosebi latura proceselor verbal-ideative, se perturbă conţinutul raţional, gândirea se rupe din ce în ce mai mult de realitate, capată un pronunţat caracter subiectiv de natură solipsistică, graţie cărora relaţiile bolnavului cu lumea exterioară devin extrem de sărace, fragile şi inadecvate, înstrăinarea producându-se în mod mai mult sau mai puţin evident, iar gândirea având caracterul unei rezonerii în care predomină latura verbal-auditivă asupra celei ideative şi se realizează ruperea gândirii de conţinutul concret al reflectării.

În alte cazuri, disociaţia dintre gândire şi limbaj îmbracă caracterul de fugă al ideilor, când gândurile nu mai pot fi exprimate de limbaj, şi atunci apare ceea ce se numeşte verbigeraţie.

Tulburările de gândire, tocirea afectivităţii, dificultăţile anormale în rezolvarea anumitor probleme, gândirea sărăcită, s-ar părea că sunt în strânsă legătură cu disfuncţia lobului frontal (Weinberger şi colab., 1995). Anormalităţile intervin în citoarhitectura, neurofiziologia şi neuroanatomia lobului frontal determinând atât manifestări în sfera cognitivă cât şi manifestări psihotice în cadrul schizofreniei.

Se impune de asemenea să subliniem că în cazul schizofreniei, gândirea îşi pierde conţinutul său social prin ruperea ei de realitatea mediului fizic şi uman şi în acelaşi timp îşi pierde capacitatea de comunicare şi proiectare socială prin reorganizarea patologică a relaţiilor şi semnificaţiilor.

De aceea se pare că tentativele de resocializare a bolnavului trebuie să vizeze reedificarea acestor edificii pustii pe care le reprezintă procesele ideo-afective.

Un grad mai mare sau mai mic de fantastic o are ca atare gândirea fiecărui bolnav de schizofrenie.

Derealizarea şi înstrăinarea gândirii poate să apară şi în sensul că lumea subiectivă să apară bolnavului ca fiindu-i impusă din exterior, gândurile fiindu-i dictate de cineva străin şi atunci bolnavul să aibă convingerea că toată lumea

ştie ce el gândeşte, că este condus din afară, să se considere deschis tuturor, furtul şi citirea gândurilor putându-se realiza foarte uşor. Este aşa numitul sentiment de "deschidere interioară" descris de V.H.Kadinski (1880).

În cazul în care gândirea îi apare ca fiind impusă din afară, asistăm la fenomenul de obiectivare a gândirii, de pierdere a subiectivităţii şi uneori de dedublare a personalităţii.

Din cele de mai sus putem conchide asupra disociaţiei dintre gândire şi limbaj în schizofrenie şi dintre aspectul subiecţi şi obiectiv a acestor procese şi funcţii, ceea ce determină perturbarea sau chiar pierderea funcţiei lor sociale.

V.Hamilton, cercetează cu ajutorul testelor modificările intelectuale la bolnavii cronici de schizofrenie. Cercetările au arătat că aşa numita scădere a funcţiilor intelectuale la bolnavii de schizofrenie poate constitui o frână în activitatea productivă a bolnavilor şi ca atare în reabilitarea lor socială.

S.Abrams, I.A.Nathanson, îşi exprimă opinia că încă de la debutul acut al psihozei survine în schizofrenie un deficit intelectual care se stabilizează la acelaşi nivel. Pe un număr de 46 bolnavi de schizofrenie, aflati sub observaţie un număr mai mare de ani, a fost determinat nivelul intelectual prin aplicarea în două serii a unui număr important de teste de inteligenţă. Intervalul dintre cercetări a fost de 6 ani. La toţi bolnavii s-a evidenţiat o scădere a indicilor, pe care autorii îi consideră a fi consecinţa unei îndelungate spitalizări.

Keefe R.S. şi colab., (1994) au testat un grup de 54 de persoane nonpsihotice, rude de gradul I ale unui alt grup de 23 de schizofreni alături de un grup de control format din 18 subiecţi. S-au efectuat diferite teste de apreciere a capacităţii intelectuale în general (t. Viscounsin, Wechsler, etc.) şi s-a observat că performanţele rudelor părinţilor schizofreni au fost semnificativ mai scăzute decât la grupul de control. Aceste date obţinute sugerează că rudele apropiate ale schizofrenicilor pot avea tulburări neuropsihice subtile care totuşi nu trebuiesc asociate cu semnele clinice ale schizofreniei.

H.J.Muntz, R.P.Power (1970), redau rezultatele cercetării caracterului tulburărilor de gândire la 32 bolnavi de schizofrenie, care au decurs predominant cu tulburări în sfera gândirii (14 bărbaţi şi 18 femei). S-au utilizat testele psihologice ca metoda de cercetare a gândirii, comparativ cu 30 părinţi ai bolnavilor. S-a pornit de la ideea unei legături între tulburările de gândire la bolnavii de schizofrenie şi tulburările corespunzătoare la rudele lor. Testele au permis susţinerea unei astfel de legături şi prin urmare s-a emis ipoteza rolului factorului genetic în proveniența tulburărilor de gândire la bolnavii de schizofrenie.

S-a determinat că în tulburările neuropsihice o mare importanţă o deţine cotexul frontal dorsolateral (OLPFA) analizat prin rezonanţa magnetică. Există

o corelație inversă importantă între valorile neurocognitive (memoria de lungă durată, atenția, motivația, funcții motorii, etc. - măsurate prin teste) ale zonei prefrontale și această arie corticală mai bine dezvoltată în emisfera stângă. Acest studiu (Seidman L.J. și colab. - 1994) trebuie repetat dar pe grupe mult mai mari de părinți și analize volumetrice și morfometrice mult mai clare.

G.Irle, arată ca termenul de "praecoxgefuhl" este introdus de către Rumke pentru a determina caracteristicile bolnavului suferind de schizofrenie, dar mai mult acest concept reflectă perceperea de către medic a bolnavului, a diagnosticului bolii. Autorul aduce rezultatul interogatorului unui mare număr de medici psihiatri în scopul lămuririi pe ce fapte se bazează în practica curentă în elaborarea diagnosticului de schizofrenie. În aceasta un interes particular îl are problema rolului intuiției în diagnosticul schizofreniei, a acelui praecoxgefuhl. Însuși Rumke consideră că în grupa schizofreniei nucleare *diagnosticul se bazează pe un acel ceva* care-ți conferă certitudinea, care nu poate fi exprimat în cuvinte și transmis altei persoane.

Müller-Smer consideră praecoxgefuhl ca un act de percepție intuitivă, în sensul fenomenologiei lui Husserl și-i acordă o mare importanță în diagnosticarea schizofreniei, punând-o pe același loc cu șirul simptomelor de prim rang din terminologia lui K.Schneider. Autorul a prelucrat datele unei anchete cu 21 întrebări adresate unui număr de 2324 medici psihiatri din RFG, la care au răspuns 1246 (53,6%). Sentimentul de percepere a schizofreniei este prezent la 80% dintre medicii care au răspuns. Majoritatea îl consideră hotărâtor în formularea diagnosticului, iar o parte dintre medici îi dau o mai mare importanță decât altor simptome. Acest **sentiment al schizofreniei** după răspunsurile primite s-a observat că îi acordă mai mare importanță:

1) o parte din psihiatrii practicieni și psihiatri din spitale, decât psihiatrii care lucrează în clinici speciale;
2) psihiatrii psihoterapeuți - decât psihiatrii în ansamblu;
3) psihiatrii care văd în schizofrenie o variantă a nevrozei, comparativ cu cei care consideră schizofrenia ca proces calitativ diferit;
4) psihiatrii care pun diagnosticul pe baza unei împotriviri interioare și sunt gata să-l nege în raport cu psihiatrii foarte cumpătați și imparțiali în diagnosticul schizofreniei;
5) psihiatrii care pun diagnosticul "din zbor" decât cei care fac aceasta după multă gândire;
6) medicii cu o direcționare psihologică a gândirii mai mult decât cei cu o direcționare științifică;
7) femeile psihiatri mai mult decât bărbații medici psihiatri.

În felul acesta, pe de o parte se crează impresia că "sentimentul schizofreniei" nu se află în acelaşi şir cu alte fenomene subiective, ci apare ca rezultat al acumulării experienţei şi a elaborării pe baza acestora a intuiţiei medicale.

Înstrăinarea gândirii e responsabilă de apariţia unor tulburări cum ar fi: asociaţii fortuite, fuziune, stază, aderenţă a gândirii, care se încurcă în diferite asociaţii, tulburări care vor duce la o incoerenţa în gândire. În privinţa rapidităţii cu care se fac asociaţiile, se remarcă un impuls al gândurilor, precum şi baraje. Există un deficit în ce priveşte direcţia gândirii, lipsa unui scop, ca şi a reprezentării finalului. Gândurile sunt dictate de un "preconcept" şi nu de urmărirea unui scop. Există totuşi o unitate, o direcţie a gândirii, dar nu o coeziune logică. Asociaţiile nu mai sunt subordonate unei ierarhii logice, nu au o coerenţă raţională. Reprezentarea scopului final nu se mai face, acesta fiind înlocuit de o serie de scopuri particulare. Uneori se poate întâlni acumularea de raţionamente neproductive, cu conţinut banal, expuse cu emfază de bolnav, cu ajutorul cărora el îşi explică inactivitatea sau comportamentul anormal ("raisoneria" autorilor francezi). Legăturile asociative, în totalitate sau în combinaţii diferite îşi pot pierde fluenţa în gândirea schizofrenilor.

De exemplu, în scrisoarea unui schizofren se poate întâlni intoxicaţia prin cuvânt, reîntoarcerea la aceeaşi temă, gândire subordonată detaliilor, parazitism asociativ prin deturnarea gândirii la percepţiile actuale, fortuite. În această scrisoare bolnavul îşi propusese se scrie cu totul alte lucruri.

Se pot întâlni şi asociaţii bizare. Toate acestea sunt atât de bizare, încât nu pot fi confundate cu fuga de idei a unui maniac sau cu o gândire normală. Uneori apare un baraj, sau o adevărată bâlbâiala, vorbire incoerentăa, care întrerupe trecerea de la o idee la alta. Gândirea poate fi atât de incoerentă, încât se vorbeşte atunci de gândire dislocată şi de incoerenţă.

Aceste tulburări pot să varieze ca intensitate, ajungând chiar la "confuzia maximă".

O.Bumke consideră caracteristică pentru gândirea schizofrenica ruperea unităţii diferitelor conţinuturi ale ideilor, adică separat ceea ce are legătură şi se uneşte ceea ce nu are nici o legătură. Uneori, aceste defecte ale gândirii pot fi mascate de forma gramaticală.

Deci, spre deosebire de individul normal, la care influenţele reprezentărilor actuale şi latente determină fiecare asociaţie, la schizofren aceste influenţe pot să rămână fără rezultat. În schimb, la schizofren aceste reprezentări pot determina o acţiune fără nici o legătură cu ideea de bază. Astfel, gândirea apare disociată, bizară, inadecvată, întreruptă chiar, când lipsesc toate legăturile.

Când coerența ideativă este întreruptă, pot interveni alte influențe, neobservate în mod normal, care imprimă direcția logică în gândire. La acești bolnavi se pot observa răspunsuri date la întâmplare, frecvent contradictorii, intervenția uneori a sexualitatii în gândurile exprimate, frecvența automatismelor verbale, tendința la stereotipii, perseverare. Răspunsul alături sau paralogia se deosebește de ceea ce se întâmplă în sindromul Ganser, traducând aici negativismul sau tendința spre glume prosteşti a hebefrenicilor.

Sommer (1894), descrie denominarea care constă în enumerarea de către bolnav a tot ceea ce vede, chiar şi în amintiri şi halucinații.

Bendolt, descrie același fenomen pe plan motor, sub denumirea de abtasten, care constă în urmărirea conturului obiectelor de către bolnav.

Se mai întâlnește ecopraxia şi ecolalia (imitarea gesturilor şi respectiv a cuvintelor).

Atenția nu e modificată sau este subordonată asociațiilor. Evadarea bolnavului de realitate, care poate ajunge la ignorarea totală a ceea ce e în jur, face ca atenția să nu mai fie solicitată de evenimentele din mediul înconjurător.

Atenția selectivă suferă totuşi o tulburare globală. Kostandov E.A şi colab. (1993) a studiat 2 grupe de schizofreni cu simptome pozitive şi negative prin înregistrarea potențialelor evocate corticale ca răspuns la stimuli auditivi cu diferite semnificații. Disfuncția atenției selective este relevată prin slaba abilitate de a diferenția informația utilă de cele inutile. Aceasta perturbare a selectivității a fost găsită mai pronunțată la pacienții cu schizofrenie paranoidă.

Cea mai gravă tulburare asociativă întâlnită în schizofrenie este incoerența completă, care rezultă în final după diferite tulburări elementare. La aceeaşi incoerență completă poate să ajungă şi fuga de idei a maniacilor, inhibiția melancolicilor, ca şi stările halucinatorii.

În privința rapidității ideației, tulburările caracteristice pot să lipsească. Asociațiile sunt caracteristice în unele boli psihice: ultra-rapide în fuga de idei a maniacilor; foarte încetinite în stările depresive şi stuporoase sau în epilepsie. În schizofrenie se întâlnesc asociate ambele fenomene.

Dar, ceea ce frapează în gândirea schizofreniilor este barajul: gândirea se întrerupe brusc, apoi reîncepe fără nici o legătură cu gândirea anterioară. O bolnavă compară acest baraj cu un **gol mintal**. Noțiunea aceasta a fost descrisă de Kraeplin, atât pe planul motilității, cât şi a comportamentului, memoriei şi percepțiilor. Barajul, spre deosebire de inhibiție, nu se însoțește de o încetinire a ideilor. În timp ce în inhibiție influxul psihic se mişcă lent, ca un lichid viscos, în baraj acesta se oprește brusc. Inhibiția e comparată cu un ceasornic încetinit, barajul cu un ceasornic oprit. Aceste diferențe se notează şi pe plan motor. Faptul că în schizofrenie adesea intervine un factor afectiv în aceste

baraje, le conferă un caracter plăcut. Uneori barajele nu sunt absolute, putând ceda la întrebări repetate sau la distragerea atenției.

P.Guiraud arată ca barajul trebuie deosebit de **fadingul mintal**, fenomen mai des întâlnit, şi care constă în slabirea progresivă a gândirii; astfel, în discuția cu bolnavul se observă că după câteva răspunsuri activitatea sa intelectuală scade, precizia gândirii dispare.

Nu s-au stabilit precis limitele dintre baraj şi negativism. Negativismul pasiv ar fi o formă în care coexistă cele două fenomene. Se pot întâlni uneori "baraje parțiale", cu contrast între barajul cuvântului şi cel al gândirii. Într-un anumit timp de baraj parțial, gândirea este întreruptă de o impresie senzorială oarecare, care rămâne singură în conştiință.

Testele de asociație se folosesc pentru a evidenția tulburările asociative la cazurile de schizofrenie cronică, în care aceste tulburări nu apar net.

Testul Rorschach poate să aducă unele informații legate de psihopatologia schizofreniei (Basmiska M, 1991).

37 de pacienți (21 bărbați, 26 femei) în timpul tratamentului pentru schizofrenie au fost analizați folosindu-se acest test de personalitate. Pentru 12 pacienți rezultatele nu au fost interpretate deoarece datorită răspunsurilor prea limitate, acești pacienți fiind prea dominați de simptomele bolii în special cele depresive.

În restul cazurilor s-a determinat existența unei gândiri abstracte, analitice, scrupuloase. Intensitatea simptomelor productive a fost corelată cu gradul de interes pentru alte persoane. Simptomatologia depresivă influențează semnificativ rezultatele testului Rorschach.

Ele ajută la diagnostic, arătând: variații ale timpului de reacție (care ar putea fi interpretate fie ca un capriciu al bolnavului, fie ca o scădere a voinței sau atenției lor), aderență a gândirii, stereotipii, ecolalie, repetarea aceleeaşi idei, răspunsuri foarte originale, asociații bizare, uneori indirecte, mediate, voind să pară inteligenți, dau răspunsuri tip definitie, iar uneori intelesul unui răspuns nu poate fi explicat nici de bolnav.

Nu s-au evidențiat în răspunsurile bolnavilor tendințe la negativism sau asocierea contrariilor.

Totuşi, Mueser (1994) folosind un test pentru aprecierea simptomelor negativiste, pe un lot de 200 de schizofreni a constatat că rezultatele sunt semnificative statistic. Deci acest test este un instrument prețios în măsurarea simptomelor negative.

S-au observat însă asociații retrograde (Ziehen). Tulburările descrise sunt caracteristice schizofreniei, dar se pot întâlni şi în alte boli intercurente.

Tot testele ar mai putea folosi pentru conducerea unui tratament corect cu neuroleptice. Perlată V. şi colab. (1994) au analizat relaţia dintre doza neurolipticului şi variabilele clinice, ultimele fiind cuantificate cu ajutorul PANSS (Positive and Negative Syndrome Scale).

Ideile delirante în schizofrenie, considerate de E.Bleuler ca manifestări secundare, vor fi tratate ulterior ca primare de către Kurt Schneider şi şcoala germană.

Delirul este o tulburare psihopatologică foarte constantă dar nu şi obligatorie în schizofrenie, dominând uneori întreg tabloul clinic. Caracterele delirului în schizofrenie au fost studiate de mulţi autori, printre care E.Jaspers (1913), H.Gruhle, K.Kolle.

H.Gruhle consideră că delirul este primar deoarece nu poate fi explicat din punct de vedere psihopatologic şi are o baza organică.

Spre deosebire de aspectul fenomenologic abordat de către H.Gruhle, conceptul antropologic asupra delirului consideră, ca de exemplu L.Binswanger (1957), că nu trebuie să-l abordăm ca simptom al unei boli psihice, ci ca "fenomen al istoriei vieţii omului", a "existenţei" sale, care apare ca subiect fundamental de studiu.

K.Jaspers considera că, în vreme ce delirul schizofrenic este "primar", ideile delirante au caracter secundar, aparând după halucinaţii sau după stări afective, cum ar fi delirul melancolic. Însă chiar şi delirul primar este precedat de o stare de tensiune delirantă (după Matussek), o "predispoziţie delirantă", constituită dintr-o stare fără conţinut ideator precis, difuză, aga, în care bolnavul are impresia ca se întâmplă ceva.

Un schizofrenic paranoid vorbeşte astfel despre starea să de început: "mă simţeam emoţionat, cu tendinţa spre panică". Acestei stări de dispozitie difuză îi urmează delirul, care apoi se cristalizează ca percepţie delirantă, reprezentare sau intuiţie delirantă. Percepţia delirantă are, după K.Schneider două laturi: o percepţie care n-a suferit nici o modificare, şi o a doua cu semnificaţie specială, delirantă. De exemplu, un bolnav la începutul bolii sale consideră, în funcţie de culoarea pe care o purtau, că oamenii din jurul sau se împart în prieteni şi duşmani, pentru ca, până la urmă, să se sprijine de un zid alb, pentru a-şi arăta neutralitatea.

Spre deosebire de percepţia delirantă, reprezentarea delirantă este un fenomen cu o singură verigă. Uneori, ea poate apare ca o amintire delirantă, când este localizată în trecut, corespunzând halucinaţiei de memorie descrisă de autorii clasici. Această percepţie şi reprezentare sau intuitie delirantă sunt similare fenomenelor descrise de psihiatrii francezi prin noţiunile de delir de interpretare şi delir de imaginaţie.

În explicația delirului schizofrenic, s-a conturat concepția școlii fenomenologice a lui E.Husserl, a cărei adepți, în special H.Gruhle (1951) consideră că delirul este "punerea în legătură (interpretarea) fără cauză". Dispoziția delirantă, ca și delirul însuși, este o idee nemijlocită, fără cauză.

H.Gruhle considera delirul ca un fenomen organic cerebral, care nu poate fi "înțeles". Spre deosebire de această concepție, psihanaliza consideră că delirul are un sens simbolic, ascuns, și un scop, rezolvarea unui conflict inconstient.

E.Kretschmer, afirma că delirul este dezvoltarea unor particularități constituționale.

Tema delirului schizofrenic este foarte variată: de persecuție, de influență corporală, de otrăvire, de gelozie, megalomaniac, erotic, de prejudiciu, mistic, hipocondriac, de posesiune, de invenție, de transformare. Cel mai frecvent întâlnite sunt temele persecutorii (de urmărire, otrăvire, dar mai ales de influență). Bolnavii afirmă că asupra lor acționează de la distanță hipnoza, telepatia sau o serie de dispozitive tehnice: apărate de radio-telefon", "telepatizator", "telefon fără fir". De exemplu, o bolnavă scrie poezii sub influența telepatică a "puterii eminesciene", sau un bolnav care atribuie vecinei sale puteri de hipnoză: "m-a făcut să o salut, eu nu voiam, dar m-am trezit salutând-o"; la fel, ea îi blochează gândirea: "când mă așezam să citesc, simțeam o oprire, o frânare a lecturii, parcă mi-ar fi oprit gândul".

Există și deliruri în care bolnavul e urmărit constant, e supravegheat și persoanele care-l urmăresc îi critică modul de comportare sau îi fură lucrurile personale.

În astfel de deliruri de persecuție există perioade lungi de timp în care bolnavul trăiește sub influența personajelor halucinatorii.

Capgras în 1923 a descris iluzia sosiilor, în care o persoană cunoscută se dedublează sau multiplică, aceste dubluri (sosii) înlocuind succesiv persoana respectivă.

Casu (1994) a semnalat un caz de sindrom Capgras asociat cu un comportament criminal. Silva descrie la o pacientă cu schizofrenie un caz de sindrom Capgras. În acest caz delirul se reflectă și asupra fătului, dar spre deosebire de membrii familiei care erau catalogați de pacientă drept impostori, instinctul matern modifică delirul în cazul fătului.

Este o falsă recunoaștere în sens invers, în care cunoscuții sunt luați drept necunoscuți, însă nu este vorba numai de o simplă tulburare de percepție, ci de un fenomen mai complex, cu o componentă delirantă. Acest sindrom Capgras trebuie deferențiat de "iluzia Fregoli" (Courbon) din delirul parafrenic, când următorul este recunoscut în diversele deghizări. În forma

paranoidă a schizofreniei apar elemente ale sindromului de automatism mintal Kandinski-Clerambault: includere de gânduri străine, descoperire sau răspândire a gândirii (bolnavul are impresia ca la gândurile sale participa întreg orasul sau întreaga lume).

Sindromul Fregoli consta în convingerea că mintea unei persoane poate inhiba sau controla corpul unei alte persone. Silva în 1991 prezintă o variantă neobişnuită de sindrom Fregoli în care propria minte a schizofrenului respectiv "inhibă" corpurile altor persoane, acest fenomen fiind denumit sindrom Fregoli "subiectiv".

Caracterul delirurilor este contradictoriu, fără o unitate logică, nesistematizate. Schuele descrie delirul schizofrenic ca pe un **haos delirant**. În general, inteligenţa se păstrează,cu excepţia câtorva cazuri paranoide. Delirul schizofrenic nu este sistematizat, deoarece pleacă de la premize false în direcţia unui proces logic, bolnavii nesesizând conflictul dintre logic şi realitate. Ideile lor sunt imprecise, stufoase. În ce priveşte relaţia dintre delir şi personalitate, se remarcă dislocarea. Contradicţiile interne şi comportamentul paradoxal al schizofreniilor rezultă tocmai din această dislocare a personalităţii, o parte din personalitate, din acest complex denumit eu, rămânând în afara delirului, intactă, pe când cea mai mare parte este inclusă în delir. Aşa se explică faptul că unii bolnavi îşi bat joc de propriile lor idei delirante. Delirul poate fi de diverse grade, de la cel mai solid, până la un simplu capriciu. Această ultimă nuanţă se întâlneşte foarte frecvent în stările acute (Forel). De asemenea, se întâlnesc într-un număr destul de mare, delirurile separate de personalitate, în care ele apar bolnavului nu ca produs al propriei gândiri, ci ca al altei persoane. Delirul apare la bolnav separat de afectivitate, întâlnindu-se diferite reacţii pe plan afectiv cu privire la delir. În general, comportamentul rămâne independent de delir.

Apatia şi lipsa de interes vor cuprinde ideile delirante chiar de la început, dar mult mai pregnant în perioadă finală. Se întâlnesc la bolnavi atitudini şi conduite paradoxale, reacţii inadecvate datorate autismului, care sunt în dezacord cu realitatea.

Originea şi evoluţia delirului. Procesele delirante îşi găsesc substrat în sentimentele corespunzătoare, după care debutul se poate face prin stări maniace sau melancolice. Stările acute sunt considerate ca "leagănul delirurilor", în aceste cazuri fiind vorba de un delir "primar", denumit de E.Bleuler delir "primordial" gata format.

"Stările reziduale" sau "stările secundare" fac trecerea spre cronicizare. Spre deosebire de stările cronice, în care delirul poate fi mai uşor explicat, în stările acute este foarte dificil să găsim principiul iniţial al delirului. Uneori în

forma paranoidă a schizofreniei, delirul apare ca o explicație a fenomenelor halucinatorii. De exemplu, bolnavul aude voci, amenințări, insulte, și, deoarece nu vede nici o persoană în jur, își imaginează un difuzor ascuns etc. Halucinațiile pot avea caracter determinant pentru delir astfel că uneori ideile delirante încep prin împrumutarea conținutului unei halucinații auditive verbale. În stările cronice întâlnim fecvent forme logice de delir, în care întâi se constituie delirul logic, apoi apar ideile delirante. S-a emis părerea că un delir de persecuție s-ar putea transforma în delir de grandoare, dar este greu de crezut, deoarece delirul de grandoare poate fi primitiv ca și cel de persecuție. Delirurile se pot extinde în formele grave de schizofrenie. Uneori pot interveni mecanisme interpretative în constituirea delirului, când, din idei delirante cu aspect "primar" derivă altele, ajungându-se în final la un complex vast de idei delirante; sistematizarea lor este mai mică decât în cazul delirului din parafrenie sau paranoia. Rar, se întâlnește și mecanismul confabulator. Tulburările de asociație schizofrenice, prin legături insesizabile, prin analogii fortuite, pot induce anumite elemente în delir, care nu privesc afectivitatea, nici activitatea logică. La un moment dat ne putem găsi în fața unor adevărate incoerențe, greu de diferențiat de fuga de idei de la maniaci. În cadrul delirului lor, schizofrenii se pot identifica cu obiecte fără vreo explicatie logică sau vreun simbol. Pot apare idei delirante fortuite, cum ar fi "delirurile excentrice", contestate de unii autori (Specht), în care nu există nici o legătură cu trăirile bolnavului.

De multe ori, prin concluzii trase din fapte insuficiente, se ajunge la construirea unui delir pe baza unor erori, bineînțeles prin intervenția unui factor efectiv.

Delirul de relație, descris ulterior de Kretschmer, sub numele de delir senzitiv, este adesea întâlnit în schizofrenie. Acest delir este generat de un sentiment de neîncredere, de lipsa de apărare. În alte cazuri, delirul se poate dezvolta, plecând de la sentimente nedeterminate (de exemplu, unii megalomani au mari speranțe, dar nedeterminate). În evoluția unui delir pot apare, în special în remisiuni, idei cu conținut vag, noțiuni morbide. Alteori, din contra, delirul este generat de reprezentări reale, pentru a deveni, în evoluție mai imprecis, mai vag. Uneori direcția de evoluție a delirului poate fi imprimată de dorințele bolnavului. La femei în special se întâlnesc teme matrimoniale și sexuale. Ideile delirante se pot dezvolta variabil în timp, uneori în câteva săptămâni, alteori în câțiva ani. În conștiința bolnavului delirul poate apare în moduri foarte variate, uneori brusc "spontan", alteori ca un fapt nou și ciudat, alteori sub formă de presentimente și, în sfârșit, apar sub formă de tulburări senzoriale.

În funcție de constituție, personalitatea poate lua cunoștință de delir, uneori chiar poate participa la delir într-o stare de conștiință modificată.

Afara de stările confuzionale, mai există anumite stări în care bolnavii sunt cuprinși de visuri. De exemplu, la unii bolnavi delirul lor aparea numai în somn. Delirurile sunt sub dependența diversilor factori externi sau interni, variind în funcție de intensitatea bolii, de tonusul afectiv (excitație sau depresie) și de circumstanțe (situația, anturajul). Evoluția delirului se poate face prin pusee. Durată delirurilor poate să varieze de la câteva secunde, când apar ca "accidente patologice", la o viață întreagă, când se prezintă ca "idei fixe". În formele cronice de boala cu o interesare minimă a inteligenței, delirurile persistă. Se pot întâlni și deliruri fixate, stereotipe.

Spre deosebire de maniaco-depresivi sau de subiecții normali, care după vindecare își rectifică ideile delirante sau respectiv greșelile, schizofrenii consideră în continuare delirul sau ca pe o realitate pe care însă o disimulează, abordând o aparentă rectificare. Însă vechile sale idei delirante revin odată cu primul acces. Deci, fără probe suficiente, este foarte greu de demonstrat dispariția completă a delirului la schizofreni.

N.Schipkownsky, arată că problema delirului are o importanță de prim rang pentru teoria psihopatologică și practica clinică. Autorul definește delirul ca o transformare calitativp a conștiinței (conștiința existenței) care apare neadecvat stăpânită în societate, dobândită de personalitatea premorbidă în sensul relațiilor și posibilităților de comportament și privează bolnavul de a acționa în cunoaștere adevărată și să ia hotărâri bine direcționate etic. Majoritatea psihiatrilor consideră că delirul se întâlnește nu numai în schizofrenie sau în schizofrenia "simptomatică" dar și în alte psihoze, deși cu privire la acest subiect nu este un consens unanim. Astfel, ideile de autoacuzare și de proiecție a propriei personalități în ciclofrenie, cu toate particularitățile și diferențele de "delirul primar", după toate criteriile se poate considera ca "delir adevărat". Sunt cunoscute bolile organice cerebrale cu tablou "endogen" schizofrenic sau cu coloratură ciclofrenică, în care se descoperă delirul. În afară de aceasta, delirul se întâlnește în reacțiile patologice ale personalității. Cu toate particularitățile mecanismelor de apariție în bolile endogene și exogene ca și în reacțiile patologice ale personalității, delirul se bazează întotdeauna pe trăsăturile particulare ale persoanei bolnave.

Tulburări mnezice. Deseori asistăm la o hipermnezie, la o influență a amintirilor vechi din copilărie, care îmbracă uneori un caracter halucinator. Complexele și barajele sunt cele care vor determina lacune în memorie. La paranoici se întâlnesc paramnezii, iluzii ale memoriei care vor sta la baza delirului lor. Schizofrenii reproduc exact evenimentele din perioadă

premergatoare bolii, păstrează cunoştinţele şcolare sau practice, explică foarte bine trăirile lor patologice. Însă reproducerea datelor fixate poate fi perturbată secundar tulburărilor asociative, ale afectivităţii şi barajului. După E.Bleuler, bolnavul n-ar putea reda inteligibil trăirile din perioadele productive pentru că ele nu pot fi descrise totdeauna în limbajul comun, în desfăşurarea lor dispar legăturile logice.

Uneori, pot apare iluzii ale memoriei sub forma însuşirii producţiei străine. De exemplu, un bolnav îşi atribuie o serie de romane din literatură, explicând ca sunt scrise de el, dar publicate sub alt nume. Sau, alt bolnav, care îşi amintea cum a proiectat o clădire publică în Ploieşti. Acelaşi bolnav îşi amintea că a mai stat de vorbă despre acelaşi subiect cu acelaşi medic şi în aceeaşi cameră, în urmă cu 30 de ani.

Halucinaţii ale memoriei se întâlnesc adesea în delirul paranoid. Bolnavii îşi interpretează trecutul în funcţie de trăirile lor, apare frecent impresia de "deja făcut" (A.Marie), consideră că unele lucruri sunt "prezise", prevăzute, alţii privesc toate faptele din jurul lor ca şi cum s-ar fi petrecut în urmă cu un an. Kraepelin emite ipoteza (contestată de alţi autori, Bleuler, de exemplu) că scăderea globală a criticii stă la baza acestor tulburări mnezice. Tot în cadrul acestor tulburări intră şi faptul că bolnaul nu înregistrează anumite întâmplări, fapte petrecute în jurul său.

Afectivitatea. Demenţa precoce clasică era caracterizată în primul rând de "demenţa afectivă", noţiune folosită de E.Bleuler şi Kraepelin, pe baza observaţiilor scăderii afectivităţii cu lipsa de participare, indiferenţei faţă de mediu şi propria persoană, absenţei dorinţelor, speranţelor sau temerilor. "Pustiirea afectivă" clasică nu poate desemna totalitatea tulburărilor din domeniul afectivităţii.

Termenul de hipotimie a fost descris de J.Delay în 1946, Dolfus S. şi Petit M. (1993) reexaminează acest concept, care reprezintă o dereglare a stării sufleteşti, mai exact o absenţă a laturii afective, fiind un sindrom fundamental în hebefrenie. Din acest sindrom apar alte semne ca simptome schizofrenice (de exemplu modificarea atenţiei) paranoide sau catatonice. Autorii au subliniat importanţa tulburărilor timice în patologia schizofreniei, existând deci strânse legături între simptomele paranoide, depresie şi hipotimie, legături ce se modifică dinamic, în timp, din faza acută şi până în faza cronică a bolii.

Modificarea afectivităţii, în sensul unei scăderi ("slăbire sentimentală") arată deja cronicizarea unei boli mintale acute. În schizofrenia cronică acest semn domină tabloul clinic, ajungându-se în stadiul terminal la o totală indiferenţă a bolnavului, uneori şi chiar pentru ideile sale delirante, dezinteres pentru funcţiile cele mai importante. Ei nu se apără de frig sau de căldură,

rămân calmi chiar în cazul unui accident, incendiu sau boală. În cazurile uşoare de boală, acest simptom, indiferenţa, poate fi mascat sau chiar lipsi. Uneori, în special la debut, afectivitatea e modificată în sensul unei creşteri, a unei hipersensibilităţi, alteori se întâlneşte o afectivitate cu totul superficială, iar alteori se manifestă numai în anumite domenii.

Există forme de debut ale schizofreniei de tip maniac sau melancolic, în care se întâlneşte o oarecare tonalitate afectivă, dar nu de aceeaşi intensitate ca la o adevărată psihoză maniaco-depresivă şi cu o discordanţă între sentiment care lipseşte şi exprimarea sa. Deci, în formele cu debut pseudo-maniacal, există o discordanţă între idei şi expresia lor.

Alteori, îndeosebi în "cazurile organice", se descrie o mare labilitate afectivă, în tabloul clinic succedându-se stări afective foarte diferite. Această fluctuaţie rapidă a efectelor care apar brusc şi tranzitoriu sub forma de stări de bucurie, extaz, anxietate sau panică, nu exclude absenţa sentimentelor de simpatie sau apatia. Astfel, Masselon arată că această instabilitate afectivă, prezentă îndeoşebi la debut, poate fi considerată ca un semn de indiferenţă.

W.Mayer-Gros arată că în formele de debut lent ajută la punerea diagnosticului, pierderea sentimentelor de simpatie, în special pentru ceilalţi membri ai familiei. Bolnavul se simte înstrăinat, indiferent, rece faţă de cei din jurul său, ca şi cum ar fi separat de aceştia printr-un prete de sticlă. Unii bolnavi se simt acasă ca simpli locatari, numindu-i pe părinţi "colocatari". Variabilitatea schizofrenilor se datoreşte atât faptului că ei nu iau în considerare evenimentele importante, cât şi mobilităţii gândirii.

Alteori, se întâlneşte o dificultate în schimbarea "afectului".

O.Bumke, consideră importantă pentru diagnosticarea cazurilor incipiente, observarea unei conversaţii vioaie, în care se trece repede de la o temă la alta, dovada imobilităţii afective a bolnavului. Referindu-se la această rigiditate afectivă, la incapacitatea afectivităţii de a urma schimbările din conţinutul gândirii, E.Bleuler arată că afectele "schiopătează după idei". Afectivitatea bolnavilor este capricioasă, demodulată, putându-se întâlni salturi de la o zi la alta. Pfersdorff arată că bolnavii îşi exteriorizează starea lor afectivă doar atunci când vorbesc, şi ei vorbesc foarte rar.

Afectivitatea, alături de senzaţie, reprezintă funcţia cu rol de carefour între psihismul elementar instinctiv şi procesele superioare de cunoaştere, între biologic şi psihic, fiind o funcţie cu un pronunţat aspect biopsihologic în ceea ce ea are comun cu afectivitatea animală. Procesele afective sunt legate nu numai de latura reflexă (instinctivă) necondiţionată, ci şi de reglările endocrino-humorale cu rezonanţă moleculară.

Simptom deficitar cu importanță diagnostică capitală în schizofrenie, afectivitatea va traduce în raport de dinamica bolii perturbări ale preceselor biologice, psihologice și de inserție socială.

În raport de stadialitatea bolii, vom observa în primul rând atingerea proceselor afective specifice umane, sentimentele și pasiunile, în geneza cărora neocortexul deține un loc important. Se remarcă în același timp fenomene de disociație funcțională cortico-subcorticală, care, în domeniul afectivității, se traduce prin ștergerea proceselor afective superioare și dezinhibarea formelor primare afective, instructurale, de natură subcorticală. La acestea din urmă se referă, cel puțin în fazele inițiale fenomenele afect, angoasă, care nu pot fi atât de ușor clasate de clinician într-o formă nozologică determinată. Aceste fenomene afective difuze, nedeterminate, cu caracter proteiform, au fost denumite și cu termenul de protopatice de către H.Head și G.Holmes (1911).

Într-un consens aproape unanim se apreciază că această afectivitate perturbată, cu caracter protopatic, este de natură diencefalică. Experiența clinică demonstrează că procesul de disociere ideoafectivă nu se instalează brusc, ci are o evoluție mai mult sau mai puțin lentă în care fenomenele de balansare oscilantă cu caracter fazic se traduc în tabloul clinic al schizofreniei prin dezinhibarea structurilor afectiv-emotionale primare cu o bogată expresivitate și o coloratură polimorfă, caleidoscopică, cu caracter bizar, nemotivat, de intensitate variabilă acută sau difuza, ce se întinde pe un diapazon larg de trăire concret fenomenologică, de la sensibilitatea de tip protopatic, până la încărcătură conceptuală paralogică. Obișnuit, aceste tulburări au la debutul lor îndeosebi o modalitate de manifestare predominant psihosomatică exprimată prin tulburări vegetative polimorfe, de tipul unor furturi vegetative, îmbracând uneori caracterul de paroxism vegetativ cu predominantă parasimpatică care în majoritatea cazurilor nu au nimic comun cu epilepsia, sau se pot manifesta sub forme unor cenestopatii, ori a unor senzații viscerale anormale, perturbari ale somnului, apetitului, toate fenomenele de mai sus traducându-se în ultima instanță prin perturbări a metabolismelor și îndeosebi a metabolismului energetic și de respirație celulară.

Ceea ce se cuvine a fi subliniat în ce privește perturbarea afectivității în schizofrenie, este că sunt afectate, nu numai posibilitățile de a trăi pe plan subiectiv - procesele afective ca fenomene psihologice - dar în același timp este perturbată direcționarea mecanismelor fiziologice pe latura reglării lor neuro-endocrino-humorale, ca și dinamica formării și exprimării lor în procesualitatea adaptivă bio-psiho-socială.

Stadiile avansate ale bolii ne demonstrează ("demenţa scizofrenica") că nu are loc un proces funcţional, inhibitoriu a mecanismelor emoţionale, ci un proces ce reflectă fenomenele distructive de natură encefalodistrofică şi îndeosebi de la nivelul diencefalului.

Printre cele dintâi fenomene clinice de perturbare a afectivităţii, se întâlneşte alterarea emoţiilor superioare sociale; prietenia, simtul tactului, a capacităţii de control şi flexibilitate a proceselor psihice, şi în primul rând dispar emoţiile estetice, intelectuale. Pe măsura înaintării procesului patologic se alterează emoţiile, se şterg interesele, trebuinţele se îngustează, sentimentele morale devin anemice şi în fine se instalează dezinteresul profund faţă de oameni şi indiferenţa care-l înstrăinează şi mai mult.

Afectivitatea perturbată a schizofrenilor este aceea care face ca ideile delirante să fie lipsite de nuanţarea afectivă, ideile ipohondrice despre existenţa unor boli grave, negarea unui organ, să fie exprimate cu cea mai mare seninătate. În acelaşi sens ei conversează liniştit cu presupuşii persecutori, iar un bolnav, deşi se crede prinţ, spală liniştit podeaua salonului.

Alteori apare inversiunea afectivă sentimente de ură în cadrul unui delir de persecuţie, mai ales din partea părinţilor. Aceste reacţii sunt consecvente şi se pot concretiza în acte agresive faţă de persecutori (exemplul unui bolnav ce şi-a omorât tatăl în timp ce dormea, considerând că acesta îi dădea cantităţi mici de otravă pentru a-i tulbura capacitatea de a învăţa, şi de a merge la universitate.

Deşi suntem în prezenţa unor tulburări afective majore, unele sentimente se conservă. Sentimentele din trecut se păstrează nemodificate. Chiar şi la bolnavii vechi exista posibilitatea apariţiei unor afecte puternice, mai des de minie, alături de semnele de indiferenţă afectivă; acest fapt l-a determinat pe E.Bleuler să afirme ca "în schizofrenie, capacitatea de a produce afecte nu este distrusă".

La unii bolnavi, examinaţi cu răbdare, se pot găsi unele sentimente mascate de sistemul lor delirant. Persistă de obicei şi sentimentele pentru cei apropiaţi, de exemplu mamele care mult timp continuă să-şi îngrijească copiii, ca şi sentimentele estetice. Însă s-a observat la schizofrenicele vechi negarea sarcinei, considerată de una dintre bolnave ca "o balonare", iar mişcările foetale erau considerate ca "senzaţii făcute cu telepatizatorul". După naştere ele manifestau un dezinteres total faţă de copil.

Bolnavii se pot ataşa de noile lor obiceiuri. Astfel schizofrenii vechi pot manifesta un grad de ataşament faţă de spitalul în care au stat mult timp.

În schimb, sentimentul convenienţelor ierarhice nu se păstrează, bolnavul neputând diferenţia superiorii de inferiori. La fel, sentimentele etice

sunt perturbate profund, dar crimele şi delictele schizofrenilor sunt egale ca număr, dacă nu chiar mai puține decât cele întâlnite la oamenii normali.

Ceea ce surprinde la unii bolnavi, care de obicei sunt violenți şi brutali, sunt sentimentele delicate care pot apare la un moment dat. Iritabilitatea este în funcție de negativismul lor, ca şi de tema delirului lor. Majoritatea bolnavilor avansati sunt indiferenți, au tendința de a se izola, nu pot fi influențați şi sunt capricioşi.

Lipsa raportului afectiv, consecință în primul rând a pierderii sentimentelor de simpatie, constă în dificultatea de a stabili un contact psihic. Manifestările unei tristeți sau euforii nu antrenează interlocutorul, dispoziția schizofrenului nu se transmite. El face adeseori glume, da replici spirituale care însă nu se potrivesc perfect şi nu stimulează conversația. La acest eşec de a stabili un raport afectiv, mulți schizofreni reacționează prin ironie sarcastică. E.Bleuler, observa în acest sens că ne putem simți mai apropiați de oligofreni decât de schizofreni, care deşi conversează corect, rămân inaccesibili afectiv.

Instinctele primare sunt păstrate în bună parte nemodificate. În acest sens, Kraepelin face remarca că aceşti bolnavi aşteaptă sosirea părinților lor mai mult pentru proviziile pe care le aduc decât de dragul lor. Alți bolnavi prezintă însă tulburări importante ale instinctelor, ei refuză să mănânce, să bea, să doarmă, şi chiar să urineze şi să defece.

Ei rămân indiferenți la excitațiile puternice acustice sau luminoase. Comportamentul bolnavilor față de propriile lor tulburări afective este foarte diferit. Astfel, Jung citează un caz, care, datorită "insensibilitatii sale afective" nu se mai putea ruga. De asemenea, pentru a masca tulburarea sa în legăturile cu lumea exterioară, o consideră lipsită de realitate, ostilă, "alta". Fenomenele psiho-galvanice studiate de VeraGuth şi Jung au demonstrat că între fenomenele somatice ale afectelor şi traducerea lor psihologică, nu există nici o corespondență.

O perturbare afectivă foarte importantă întâlnită la aceşti subiecți este **paratimia**, prin care E.Bleuler înțelege discordanța dintre idei şi sentimente; e o altă reacție decât cea pe care o aşteaptă anturajul, un răspuns afectiv paradoxal, nemotivat, discordant. De exemplu, un bolnav izbucneşte în râs la vestea morții tatălui său, pentru că scrisoarea pe care o conținea, avea chenar negru (Masselon), sau alți bolnavi care ingeră excremente, petrol, pământ. Alteori devin triști sau se supară pentru lucru care pe normali i-ar lăsa indiferenți sau i-ar bucura. De asemenea, poate să mire anumite ataşamente paradoxale pentru anumite persoane. Această modalitate paratimică ține de concluziile particulare ale bolnavului față de ființe sau lucruri. Câteodată, ea este în legătură cu ambivalența afectivă, alteori poate fi consecința perseverării

unui sentiment. Paratimiile trebuie însă diferentiate de **paramimii**, în care există o lipsă de unitate în expresia mimicei, fiecare parte a feței putând exprima un alt sentiment, mimica este disociată, fragmentară. Ea poate apare și sub forma dizarmoniei dintre gesticulație și mimică, a discordanței între expresia afectivității și ideația și vorbirea bolnavului. Majoritatea autorilor însă sunt de acord că disociația schizofrenică se produce atât între afectivitate și expresia ei, cât și între afectivitate și gândire.

Ambivalența există totdeauna, deși uneori nu prea marcată. H.U.Ziolko subliniază că ambivalența înseamnă survenirea în același timp a unor afecte contradictorii sau cu semnificații multiple; totuși ambivalența se referă la trebuințe, tendințe, impulsuri antagoniste etc. Fenomenul de ambivalență se întâlnește nu numai în domeniul psihopatologiei, ci și a psihologiei normale. Autorul distinge diferite tipuri de ambivalență:

1) simultană, care constă din apariția în același timp a unor tendințe contradictorii și una din cele două tendințe se pot estompa;
2) ambivalența interferențială, constă din apariția unor tendințe și afecte contradictorii împotriva uneia și aceleiași persoane;
3) ambivalența complementară, în care apare o tendință dominantă constientă (emoție) cu o altă tendință contradictorie ce o însoțește, dar mai atenuat;
4) ambivalența succesivă, în cazul oscilării tendințelor și afectelor contradictorii.

Aceste tulburări constau în faptul că schizofrenii judecă actele lor psihologice sub două aspecte deodată: negativ și neiv.

Ambivalența se poate manifesta sub multe forme: **afectivă**, care reflectă contradicția afectivă; volitivă (ambitendința), reprezintă trecerea spre negativism, este o oscilație între afirmație și negație; E.Bleuler înțelege prin aceasta că la schizofreni "în fața unei acțiuni există simultan și "da" și "nu"; **intelectuală** (contradicția judecății, forme care nu pot fi privite izolat; contradicțiile intelectuale și cele afecție fiind strâns legate.

Ambivalența poate fi întâlnită și în cadrul delirului, prin coexistența mai multor teme contradictorii. În delir, bolnavul își schimbă rolul și atributele, uneori chiar din persecutor devine binefăcător. Ambivalența normală, și în special ambitendința, care răspunde la fiecare impuls cu un impuls contrar, este mult studiată în mecanismul psihologic. Un autor elvețian (Ris), a asemănat-o cu pricipiul acului magnetic.

Instinctele, ca reflexe complexe, necondiționate, cu desfășurare în lanț, traduc o serie de reacții biologice ereditare cu particularități specifice și trăsături individuale dar strict controlate de instanțele conștiinței la nivel uman.

Aşa cum se sublinia mai sus, instinctele sunt mai apropiate de afectivitate şi prin ea se leagă de procesele psihice, la polul lor suprior, dar în acelaşi timp prin polul lor inferior sunt mai apropiate decât afectivitatea de mecanismele intime endocrinohumorale şi moleculare ale organismului. Instinctul are o origine mai veche decât afectivitatea însă la nivel uman (şi nu numai uman) afectivitatea dă o coloratură particulară activităţilor instinctuale. Poate pentru aceste motive K.Leonhard apropie afectivitatea de instinct şi vorbeşte de "sentimente instinctive".

În toate formele clinice ale schizofreniei vom întâlni perturbată sfera instinctivă, fie sub forma inhibării, dezinhibării sau pervertirii instinctive. Astfel, nu rareori se întâlneşte suicidul, refuzul alimentelor, pervertirea instinctului alimentar sub forma coprofagiei sau refuzul total al alimentelor.

Dezinhibările instinctiv-emoţionale se pot observa în toate stadiile şi formele clinice ale schizofreniei, însă cel mai frecvent le întâlnim în perioadele de debut şi îndeosebi în forma paranoidă. Astfel, se observă o exacerbare a instinctului de autoconservare tradus prin creşterea preocupării anxioase pentru propria sănătate, idei hipocondriace manifeste sau reacţii agresive de autoapărare împotriva unor pretinse "influenţe" cu caracter distructiv exercitate asupra persoanei bolnavului.

Pe măsură ce procesul patologic evoluează, observăm instalarea sitiofobiei sau dimpotrivă, a bulimiei, când bolnavul colecţionează alimente, fură de la alţi bolnavi. În aceste cazuri, de obicei o promoencefalogramă va evidenţia importante procese atrofice cortico-subcorticale.

În alte cazuri defective manifeste se înregistreaza, din contra, o slăbire a proceselor instinctive, dând impresia unei pustiiri instinctiv-emoţionale, pe care însă n-o putem corela strict nici cu gradul modificărilor encefalodostrofice şi nici cu tabloul clinic al modificărilor endocrino-humorale şi metabolice.

Funcţii intacte. Senzaţiile, memoria, conştiinţa psihologică şi motilitatea, de obicei, nu sunt atinse în schizofrenie, spre deosebire de psihozele organice. În formele grave de boală aceste funcţii pot fi interesate, apărând ca fenomene accidentale şi nu esenţiale, intrând în cadrul simptomelor accesorii.

Senzaţiile şi percepţiile. Se întâlnesc tulburări ale asociaţiilor obişnuite şi ale tonusului afectiv.

Rosenfeld, găseşte tulburări de sensibilitate stereognozică în catatonie. Tulburările de percepţie şi de memorie semnalate de Busch şi Kraepelin, s-au dovedit a fi de fapt ale atenţiei spontane şi ale atenţiei provocate. J.R.Bemporad, a studiat un număr de 4 grupe a câte 20 bolnavi fiecare. În prima grupă erau bolnavi de schizofrenie cu tulburări psihotice acute, în a

doua, bolnavi de schizofrenie cronică, în a treia, bolnavi de schizofrenie în stare de ameliorare, iar în a patra grupă, bolnavi neschizofreni (15 bolnavi cu diferite tulburări psihice şi 5 bolnavi cu afecţiuni chirurgicale ambulatorii fără tulburări psihice). Toţi bolnavii trebuiau să denumească cifre de pe o tablă cu puncte. Cifrele erau urmatoarele: 8/6, 56, 25 ultima cifra 12 era de control şi era pe o tablă simplă cu un fond de contrast. Nu s-a fixat un timp pentru determinarea cifrelor şi s-a dat posibilitatea bolnavilor să scrie cifrele.

Din prima grupă numai un bolnav a denumit corect prima cifră şi unul a doua, iar cifra de control au denumit-o 17 pacienţi. În grupa a doua prima cifra au denumit-o doi bolnavi, a doua 5, a treia şi cifra de control a fost denumită de 19 bolnavi.

În grupa a treia s-au constatat aproximativ aceleaşi rezultate.

În grupa a patra pacienţii au denumit cifrele corect.

S-a remarcat că la bolnavii acuţi percepţia este mai mult fragmentară, de la detaliu spre general, ei văd la început punctele, linia din puncte şi apoi cu uimire constată cifrele, pe care nu le pot denumi precis. Percepţia este mai puţin fragmentară la bolnavii din grupa a doua şi a treia, ei remarcă "flori", "balauri", "animale", în timp ce bolnavii din grupa a patra se concentrează mai rapid, despre aceasta vorbind numărul mare al rezultatelor bune obţinute.

A.Hoffer şi H.Osmond, au studiat la bolnavii de schizofrenie tulburările percepţiei (vizuale, auditive, tactile, gustative, olfactive şi, de asemenea percepţia timpului), comparându-le cu aceleaşi tulburări ale bolnavilor suferind de nevroză, şi la persoanele care au primit LSD-25.

Toţi au fost supuşi unui test format din 145 cartoane numerotate cu înscrierea pe ele a tuturor formelor posibile de variante de tulburări perceptuale. S-au administrat cartonaşele cu indicaţia de a aşeza într-o cutie pe cele "adevărate" care se potriveşte tulburărilor bolnavului şi într-o altă cutie care nu "corespundeau" acuzelor bolnavilor. În felul acesta s-a constatat că tulburările de percepţie la oamenii sănătoşi au fost în proporţie neglijabilă, în timp ce în nevroze tulburarea de percepţie era în 10% iar perceperea timpului era perturbată la 20% dintre cei cercetaţi. Din 164 bolnavi cu schizofrenie, la 25% s-au remarcat tulburări ale percepţiei vizuale şi auditive, la 20% tulburări ale percepţiei tactile, gustative şi olfactive şi la 33% tulburări ale percepţiei timpului, iar la subiecţii care au primit LSD-25 au fost de două ori mai frecvente tulburările percepţiei vizuale şi de odată şi jumătate mai frecvente tulburările de percepţie a timpului, în comparaţie cu bolnavii de schizofrenie şi la numai 33% s-au remarcat tulburări de percepţie olfactivă. Ulterior explorările au ajuns până la cifra de 3.000, dar rezultatele au fost analoage.

J.E.Orme, a cercetat posibilitatea aprecierii intervalelor de timp (de exemplu, timpul discuției cu medicul) la bolnavii de schizofrenie, la alți bolnavi cu alte tipuri de tulburări psihice și la persoane sănătoase. Deosebiri esențiale s-au constatat în interiorul grupei de bolnavi de schizofrenie între bolnavii paranoizi și neparanoizi. Cele mai slabe rezultate s-au remarcat la bolnavii cu forme clinice de schizofrenie neparanoidă. Autorul consideră că deosebirile la acest test depind de semnificația personală și nu de procesul schizofrenic. L.G.Collins și L.A.Stone, pe un număr de 18 bolnavi de schizofrenie și persoane sănătoase că grupa de control, au studiat sensibilitatea dureroasă la stimularea electrică, fără a se putea nota diferențe semnificative între cele două grupe. A.Hoffer, H.Osmond arată că "lumea înconjurătoare" (Umwelt) a bolnavilor de schizofrenie a fost mai puțin studiată. E.Bleuler considera tulburările asociative ca primare și necaracteristice pentru schizofrenie. E.Kraepelin susținea părerea că a demonstra caracterul primar al tulburărilor asociative nu este posibil. În ultimul timp se acordă o importanță particulară tulburărilor de percepție în clinica schizofreniei.

Lewin și colab. au demonstrat că evoluția procesului schizofrenic se produce cu mai mult timp înainte de a apare semnele exterioare ale bolii și din 10 semne descrise pentru boală, 5 se referă la tulburările de percepție. Destul de frecvent se observă la bolnavi tulburări de percepție olfactivă, într-un șir de cazuri ele fiind greu de diferențiat de scăderea pragului percepției, de iluzii sau de halucinații.

Cercetând bolnavii cu ajutorul unor cartonașe pe care erau numerotate diferite tulburări de percepție, autorii constată că un număr important dintre bolnavi dau răspunsuri pozitive. Autorii conchid că se acordă o atenție insuficientă tulburărilor olfactive în clinica schizofreniei, deși aceste tulburări pot juca un rol determinant în structurarea comportamentului patologic al bolnavului D.W.Stibson, B.S.Kopeli, și-au pus ca scop:

1) să vadă dacă nu crește pragul de percepție vizuală pe fondul unui "zgomot" vizual neașteptat (îndeosebi bolnavii de schizofrenie - în raport cu cele ce s-au semnalat față de semnele auditive);
2) să stabilească dacă nu apare incoerența, dacă informația neadecvată nu este mai eficientă la bolnavii de schizofrenie, în raport cu alți subiecți.

Valoarea medie a pragului sensibilității luminoase pentru bolnavii de schizofrenie, bolnavii psihici și persoanele sănătoase, în lipsa "zgomotului" vizual rămânea același. În prezența "zgomotului" vizual bolnavii de schizofrenie aveau crescut pragul sensibilității în comparație cu celelalte două grupe. Influența medicamentelor din grupa fenotiazinelor este negată în ce

privește creșterea pragului sensibilității. D.Langer, arată că există diferite forme de tulburări ale percepției, de exemplu ca rezultat al defectelor organelor de simț, fie de transmitere a semnalului prin sistemele aferente și eferente, fie adaugând noi (m.s.) a segmentului central de sinteză. S-a stabilit unitatea funcțională dintre organele de simț și sistemele aferente în formarea percepției.

A doua formă de tulburare a percepției este agnozia; de exemplu agnozia acustică duce la afazie care lezează la rândul sau tulburarea funcției comunicative pe seama scăderii posibilităților de integrare și diferențiere, de clasificare și identificare a elementelor lumii înconjurătoare. O importantă parte a tulburărilor de percepție este reprezentată de halucinații, de percepția delirantă, de modificarile simțirii corporale. Mult timp psihiatrii au referit aceste perturbări la una sau alta dintre funcțiile psihice considerate în sensul limitelor psihologice ale clasificării acestor funcții. În mare măsura dificultatea clasificărilor amintite poate fi pusă pe seama indicării prezenței sau absenței în ele a aspectului perceptiv. Dacă bolnavul de agnozie poate primi diferite informații, pe care el le extrage din context, atunci la bolnavul halucinator-paranoid, este perturbat însăși contextul. Autorul studiază experimental psihologic percepția la bolnavii cu leziuni cerebrale în decurs de 10 - 15 ani, folosind ca teste timpul de reacție, percepția frecvenței scânteierilor în diverse stări toxice și patologice cerebrale, formarea gestaltului, test de reproducție Benton și în mozaic. Ca scop al cercetării a fost stabilirea diferențelor în procesul de percepție la oamenii normali și bolnavi - și gruparea tulburărilor de percepție la diversi bolnavi.

Bolnavii de schizofrenie (ca și bolnavii cu leziuni cerebrale) în diferite grupe se deosebesc mai mult unul de altul, decât normalii.

Din aceasta urmează concluzia că există o corelație simplă între patologia percepției și gravitatea bolii. Starea perceptuală nu se poate corela cu categoriile diagnostice, dar ele trebuiesc corelate cu destul de simplele, dar bine obiectivatele semnificații psihopatologice sociale, situaționale sau forme lingvistice de comportare.

Percepția este un proces de legătură dintre subiect și mediu, legătură care nu înseamnă o simplă unire a lumii interioare cu exteriorul. Începutul acestei legături este totdeauna în exterior. Numai ulterior are loc o determinare a semnificațiilor trăitului și o stabilitate a particularităților sale. Noi putem să rămânem ca observatori exteriori ai acestei legături dintre om și mediul exterior, extrapolând și obiectivând caracterul acestor relații. Aceste legături comunicative se deosebesc fie din interior (metoda introspectiei), fie din exterior (metoda observației). Autorul consideră că tulburarea percepției la bolnavii neuro-psihici se datorește perturbării sosirii informației sau a reducției

ei, fie prin perturbarea interrelațiilor dintre aceşti doi factori la diversele nivele ale percepției. Modificarea pe seama tulburărilor de percepție a situației bolnavului în mediul ambiant îşi găseşte expresia nu numai în structura însăşi a pecepției lor şi în motricitate, ci şi în mişcare. Astfel, percepția şi mişcarea în delir, de exemplu, sau în stuporul catatonic sau melancolic, sunt strâns legate între ele, dar în diverse planuri.

A. Jus, K. Jus, au efectuat două serii de cercetări poligrafice pentru a cerceta pragul de percepție şi respectiv, prin acțiunea excitanților presenzoriali şi procesul de formare a reacțiilor motorii condiționate subliminării programului de conştiința. Studiul s-a efectuat cu ajutorul metodei reflex-condiționate. Datele obținute atestă că excitarea presenzorială poate determina diverse reacții condiționate, înregistrate poligrafic. Aceste excitații pot, în acelaşi timp, determina unele senzații, despre care subiectul dă relații verbale. În condiții determinate ale modificării stării funcționale a formației reticulate şi a activității corticale, reacția condiționată la excitanții presenzoriali şi la excitanții inferiori praguri de conştiință, sunt superioare față de reacțiile la excitantii relativ mai puternici. Caracterul activității bioelectrice şi reactivității se modifică prin scăderea forței excitantului condiționat. Excitanții presenzoriali determină reacții cu foarte lungi perioade de latență, decât excitanții pornind de la nivelul conştiinței. Repetarea frecventă a excitațiilor presenzoriale poate determina unele reacții de comportament şi reactivitate. Excitanții condiționali presenzoriali şi reacțiile conditionate care se formează la un prag subliminar nivelului de conştiință, nu numai că acționează asupra comportamentului uman, dar, de asemenea, şi asupra tendințelor, gândurilor şi intențiilor sale. E.Meninger-Lerchenthal, arată că sub termenul de autoscopie (heautoscopie) se înțelege reprezentarea vizuală despre sine în spațiu. Conceptul despre autoscopie are la bază studiul schemei corporale. Trăirea autoscopică nu reprezintă un fenomen halucinator. Diferiți cercetători au dat un înțeles diferit schemei corporale. Studiul despre schema corporală se bazează pe datele clinice şi a cercetărilor experimental psihologice. În înțelegerea trăirilor autoscopice, joacă rol tulburările de orientare, senzațiile fantomă şi lipsa de percepție a părților paralizate ale corpului (autotognozia, agnozia degetelor, dificultăți în determinarea jumătății drepte sau stângi a corpului, senzația de întoarcere la 180" etc.). Schema corporală este legată de funcția emisferului drept iar tabloul corpului de funcția emisferului stâng. Pentru trăirile autoscopice, o importanță particulară o are regiunea parietooccipitală. În aceasta regiune s-a descoperit ritmul alfa specific omului. În aceasta regiune este punctul de acțiune a mescalinei şi a altor toxice şi se face un schimb sanguin relativ mai slab. În autoscopie survine brusc lipsa senzației de pierdere

a greutății corporale proprii. Semnele primite, care ne dau senzația greutății corpului, joacă de asemenea, rol în percepția schemei corporale. Emisferul stâng apare ca un sistem integrativ al corpului, de aceea în leziunile sale se va observa în mod frecvent anozognozia. Senzația de dublu, din tifosul exantematic, de asemenea explică tulburările vascularizatiei emisferului stâng, sau leziunile encefalitice ale emisferului stâng. Bolnavii trăiesc senzația că zboară, cad, fapt care se poate întâmpla în cazurile de delir sau în leziunile aparatului vestibular. Dacă halucinațiile de dublu se apreciază ca fiind de natură vestibulară, atunci autoscopia se leagă de tulburarea percepției schemei corporale. În acest caz bolnavul are senzația de ușor, de imponderabilitate.

Se poate vorbi de legătura aparatului vestibular cu schema corporală. Numeroase experimente demonstrează, de asemenea, importanța aparatului vestibular pentru percepția schemei corporale (senzația de greu sau de ușor care survine la excitarea pulvinarului). Tulburările sistemului vestibular, determină nu numai modificări ale percepției greutății corporale, dar și senzația de dublu. În cursul crizelor de migrenă, în excitațiile patologice ale aparatului vestibular apare senzația trăirii în două locuri, sau existența în două dimensiuni, metamorfopsie.

Sub denumirea de **sindrom interparietal** se înțelege existența simultană a tulburărilor de schemă corporală și metamorfopsie. În cazurile de autoscopie au loc fenomene ca în cazul acțiunii substanțelor halucinogene. Tulburarea echilibrului dintre acțiunea substanțelor halucinogene și antagonistul lor, serotonina, duce la tulburarea schemei corporale. În sindromul interparietal poate apare senzația că corpul constă din diferite părți, nelegate între ele. Această tulburare se observă în leziunile talamusului. Fenomenul autoscopic apare ca o depersonalizare somato-psihică. Sentimentul de înstrăinare a propriului corp se referă, de asemenea, la depersonalizare și se observă în acțiunea LSD. Parpanitul determină fenomenul de înstrăinare a propriului corp. Dedublarea "eului", de asemenea se poate raporta la depersonalizare somatopsihică; autorul denumește această perturbare ca o pseudoautoscopie. Derealizarea, principial nu se deosebește de depersonalizare, și, cum granița dintre "eu" și lumea exterioară nu apare acut abruptă, derealizarea poate, de asemenea, să fie determinată de substanțele halucinogene. Tulburări sub formă de depersonalizare se observă, de asemenea, în nevroze. Cel mai ușor survin în leziunile aparatului vestibular, care, ușor este supus influenței psihicului. Studiul fenomenului de heantoscopie are o importanță enormă pentru procesul de înțelegere a schemei corporale.

SIMPTOME ACCESORII

Tulburări senzoriale. De multe ori se întâlneşte hipoalgezie sau analgezie, ceea ce explică apariţia la unii bolnavi a autodepilaţiei sau automutilării.

E.Kraepelin nota prezenţa unor tulburări de percepţie la schizofreni (incetinire, imprecizie) pe care E.Bleuler le consideră secundare tulburărilor de atenţie. Mai târziu, însă, în 1932, el consideră că la schizofreni nu se constată tulburări senzoriale. Nu constitue tulburări ale percepţiei, înstrăinarea percepţiilor, impresia de a fi altele, altfel ca înainte, ciudate sau neliniştitoare; acestea constitue mai degrabă elemente ale sindromului de derealizare.

W.Klages, A.M.Anis: tulburările de miros la 100 bolnavi de schizofrenie, constatând halucinaţii olfactive la 34% dintre cei cercetaţi (la 44% femei şi 24% bărbaţi). Ceva mai frecvent halucinaţiile olfactive se întâlnesc după 40 de ani. Caracterul clinic al acestor halucinaţii le apropie de cele din leziunile organice cerebrale.

Th.Videbech, remarca faptul că halucinaţiile olfactive se întâlnesc rar în structura diferitelor stări psihotice. Astfel, la bolnavii de schizofrenie acest sindrom se asociază uneori cu false percepţii gustative şi cu delir de influenţă.

Rupert arată că bolnavii adesea se plâng de halucinaţii auditive şi vizuale; în majoritatea cazurilor au loc halucinaţii olfactive. Mai rar halucinaţiile olfactive se întâlnesc în PMD. Krainse considera că aceste halucinaţii se observă la persoanele care au defecte senzoriale.

Beringer (1927) descrie halucinaţii olfactive în intoxicaţia mescalinică.

Reichardt (1918) descrie un bolnav care timp de 10 ani a avut senzaţia că din corpul său iese un miros neplăcut; în final la el a dezvoltat un delir de influenţă. Acest caz a fost denumit de el "ipohondrie paranoică".

Mayer-Gross (1932) a descris un caz analog, pe care l-a denumit "halucinaţie olfactivă monosimptomatică", referind acest caz în grupa schizofreniei. Autorul aduce 5 cazuri cu halucinaţii olfactive şi cu dezvoltarea consecutivă a unui sindrom paranoic. Pacienţii au fost urmăriţi catamnestic. Cu anii ei au devenit închişi, au apărut tendinţele la izolare de societate; în aceasta, după opinia autorului, un rol de neneglijat a jucat personalitatea remorbidă a bolnavilor (sensibilitate, sentiment de perfectivitate, înclinarea spre obsesii).

Unul dintre bolnavi este referit la schizofrenie de către autor, restul nu au un diagnostic clar din punct de vedere nozologic.

H-Levitt, a cercetat influența acțiunii semnalelor sonore de diferită intensitate și capacitate pe 24 bolnavi de schizofrenie și 24 normali ca grupă de control. S-a plecat de la presupunerea că perturbarea perceperii cuvintelor la bolnavii de schizofrenie se leaga de incapacitatea lor de a percepe și deosebi semnalele auditive. Ca rezultat al cercetărilor s-a evidențiat că numai o parte neînsemnată a materialului obținut se impune acestei ipoteze: bolnavii de schizofrenie aud mai slab decât grupa de control și numai semnalele slabe, iar în ce privește semnalele intense, ei nu se deosebesc de grupa de control. Autorul privește de asemenea problema interrelațiilor dintre deficitul de reproducere și modificările de atenție la bolnavii de schizofrenie, dar nu ajunge la o concluzie finală.

Uneori bolnavii simt senzații neplăcute, localizate în diferite părți ale organismului - acestea sunt **cenestopatiile** întâlnite mai ales în formele pseudonevrotice și în special în cele ipohondrice. Acestea sunt percepute ca furnicături, junghi, senzații ca atingerea unei blăni, amorțeală, arsură, răcire, dureri gastrice, de cap sau cu caracter colică intestinală. La toate acestea se mai adauga o serie de perturbări ale sensibilității generale: oboseala, lipsa de putere, stare proastă. K.A.Skorțov a arătat ca între senzațiile somatice ale schizofrenilor, se numară și iluziile corporale, paresteziile, halucinațiile și pseudohalucinatiile sensibilitatii interne.

Tulburările senzoriale au fost descrise sub termenul de senzopatii (Dupré, Camus, 1907) și constau din parestezii diverse, senzații cu caracter patologic, unii autori incluzând în acest capitol și tulburările sau perturbările de schemă corporală. În literarura de specialitate se remarcă faptul că senzopatiile au un caracter difuz, iar prin caracterul trăirii lor subiective îndeosebi în stadiile de debut, sau în formele hipocondriace, îmbracă o coloratură care s-ar putea asemăna cu patologia senzațiilor din sindromul talamic fără a avea însă atât de bine precizate conturile simptomatice, având în vedere faptul că acestea au o desfășurare mai mult psihică, lipsindu-le în același timp componenta dureroasă.

Apariția momentană a senzopatiilor cu iradierea lor în sfera reprezentarilor și a trăirilor afective, însoțindu-se uneori și de idei delirante ca și apariția lor după stări emotionale, fac să ne gândim la faptul că includ în ele mai puțin o componentă somatică și mai mult una de natură psihică. Oricum senzopatiile nu le putem asocia cenestopatiilor și că primele au o componentă psihosomatică.

Modalitățile senzopatiilor sunt de natură extero proprio și interoceptivă, cele mai frecvente fiind senzopatiile exteroceptive și apoi interoceptive. Senzațiile patologice viscerale constitue o sursă importantă a acuzelor hipocondriace.

J.M.Sutter consideră că halucinațiile reprezintă un fenomen diferit după esența sa. Datele actuale de neurofiziologie arată că aparatele receptoare periferice trimit informația la centru și că în condiții obișnuite de viată, această informație proprie receptorilor scade sensibilitatea la excitații (percepție); toată informația care pleacă din activitatea receptorilor periferici ("material pseudoreceptiv"), joacă în patologie, ca de exemplu în apariția trăirilor halucinatorii, un mare rol. Un rol deosebit îl are această "informație pseudoperceptivă" în apariția halucinațiilor la bolnavii cu leziuni ale auzului și vederii, în intoxicația cu substanțe halucinogene și în așa numitul "onirism" (în confuzia halucinatorie exogenă). La bazele neurofiziologice care constituie fundamentul halucinațiilor, participă diverse structuri corticale și subcorticale. Gradul de reglare a "vigilenței conștiinței" (reacția de trezire corticală) provin din căile care pleacă din formația reticulată, modifică dimensiunile și structura câmpurilor percetive ale conștiinței, crează formele de integrare superioară a activității motorii a mecanismelor perceptive, deschizând și închizând laturile asociative (analog ca mașinile electronice).

H-Ey arata că halucinațiile se observă în trei contexte clinice:

1) ca "pure", de exemplu ca halucinații fără delir (halucinoze în înțelesul lui Schroder sau Claude);

2) ca formă de cunoaștere delirantă la diverse nivele de destructurare a conștiinței, ca de exemplu în timpul psihozelor onirice, sau în depersonalizarea senzopatică;

3) ca forma "cunoașterii delirante" în psihozele cronice delirante (schizofrenie, paranoia cronică halucinatorie, parafrenie).

Halucinoza survine în condițiile dezintegrării percepției, în care joacă un mare număr de perturbări diverse corticale și subcorticale. În halucinațiile care survin în psihozele acute în care sunt diferite dezintegrările conștiinței, o importanță fundamentală o are patologia centrencefalică. Delirul halucinator schizofrenic, parafrenic sau sistematizat este mai puțin strâns legat de patologia cerebrală dar reprezintă forma izolată sau halucinatorie de existență; clinic ele apar nu numai în actualitatea experienței halucinatorii, dar și în stările transactuale, în condițiile de concepere a lumii de un "eu" modificat.

Cele mai importante tulburări senzoriale sunt **iluziile** și **halucinațiile**.

E.Bleuler considera halucinaţiile ca fenomen principal la bolnavii vechi punând pe seama lor unele aspecte inexplicabile ale comportamentului lor, ca: agitatia, euforia, mânia.

C. Schneider, bazându-se pe faptul că bolnavii pot deosebi halucinaţiile de percepţiile normale, a contestat caracterul acestor halucinaţii de a reproduce realitatea.

H. Gruhle afirma cu certitudine că există halucinaţii adevărate în schizofrenie. Aceste halucinaţii adevărate se întâlnesc mai ades în perioadele acute ale bolii şi sunt mai rare decât pseudohalucinaţiile.

Halucinaţiile schizofrenice sunt predominant auditive apoi, în ordine descrescândă, în cadrul sensibilităţii generale de echilibru, olfactive, gustative, chinestezice, vizuale. Cele mai frecvente iluzii în schizofrenie sunt cele tactile, apoi cele gustative şi cele olfactive. Diferenţierea între iluzii şi halucinaţii se face foarte greu, în special în sfera chinestezică. Aceste tulburări senzoriale sunt sub dependenţa directă a trăirilor afective ale bolnavului, în relaţie cu dorinţele, temerile şi speranţele lui.

Halucinaţiile auditive primare se întâlnesc rar şi apar în funcţie de preocupările bolnavului, cel mai adesea sub formă de voci: voci contradictorii, voci care prezic viitorul, care reflectă faptele bolnavului, îi comentează acţiunile, îşi comunică una celeilalte impresii despre bolnavi ("acum îşi pune pălăria, vrea să plece"), "gândirea dublă", ca şi divulgarea publică a gândurilor. Halucinaţiile relevă şi ele incoerenţa bolnavului. De cele mai multe ori el aude cuvinte sau fraze scurte. Uneori o voce cunoscută insultă bolnavul, îl numeşte "onanist", sau îi dictează ce să facă; alteori aude voci favorabile care-l apără, purtând discuţii contradictorii cu vocile critice sau defăimatoare. Vocile pot repeta cele scrise sau citite de bolnav, sau ceea ce gândeşte (sonorizarea gândirii). Localizarea lor poate fi în corp (vocea inimii, în stomac, în părţile genitale) sau mai îndepărtate, în jurul bolnavului, uneori chiar în îmbrăcămintea lui, obiecte care vorbesc. Aceste halucinaţii auditive diferă şi după partea în care se aud, uneori numai dintr-o singură parte, alteori, din mai multe părţi.

Halucinaţiile auditive sunt extrem de frecvente în schizofrenie, dar în acelaşi timp ele constituie şi cel mai banal simptom. De obicei atunci când se discută asupra mecanismelor halucinaţiilor auditive, se invocă diverse mecanisme. În acest sens, P.Janet (1939) şi H.Baruk (1938), consideră halucinaţiile auditive ca o obiectivare a vorbirii interne. Ori, aşa cum arată E.N.Kameneva, conţinutul limbajului interior, cel mai adesea are un caracter elementar, gândurile nu sunt formulate în mod coerent, nu au trecut pe planul de organizare pe care-l realizează conştiinţa. Halucinaţiile cu caracter

imperativ, cazurile în care bolnavul declară că vocea nu este a lui, ci din afară, ca şi faptul că "vocile" vorbesc nu la persoana I-a ci la persoana a II-a şi uneori la a III-a, etc., sunt dovezi că halucinaţiile auditive, în cazul schizofreniei, nu constituie o obiectivare a limbajului interior, ci mai curând a unei gândiri ce se verbalizează la un nivel subsenzorial şi deci subconştient.

Faptul că halucinaţiile pot avea un conţinut contradictoriu, ar putea constitui un argument în favoarea existentei unor procese hipnotice cu dezvoltare fazică (faza ultraparadoxală), după opinia lui I.P. Pavlov. Participarea formaţiunilor subcorticale în mecanismul proceselor halucinatorii, este atestată de conţinutul sau coloratura instinctiv-emoţională a halucinaţiilor auditive.

Suzuki M. şi colab. (1993) au efectuat o serie de măsuratori ale debitului sanguin cerebral regional folosindu-se de 123J-IMP SPEC. Subiecţii au fost doi schizofrenici şi trei pacienţi cu tulburări schizofreniforme, toţi cu halucinaţii auditive persistente.

Primul studiu efectuat într-o perioadă cu halucinaţii auditive proeminente a relevat o creştere a acumularii de 123-J IMP în aria temporală superioară stânga care corespunde cu aria de asociaţie auditivă. În urmatorul studiu efectuat după reabilitarea clinică a pacienţilor distribuţia 13J-IMP s-a normalizat. Unul din cazuri a arătat o creştere similară (deci o mărire a debutului în acea regiune) la a treia măsurare efectuată după apariţia unei recidive a halucinaţiilor auditive.

Scanarea MRI a demonstrat că volumul lobului temporal în aceste cazuri este scăzut. Aceste rezultate sugerează că halucinaţiile auditive în schizofrenie pot fi implicate în hiperactivitatea funcţională a cortexului temporal superior stâng care poate fi bazată parţial probabil, pe anomalii structurale în lobii temporali.

Participarea mecanismelor subsenzoriale şi de stocarea pluridominantă a informaţiilor ar putea explica conţinutul contradictoriu al halucinaţiilor, dezorganizarea unităţii intrapsihice, derealizarea şi înstrăinarea bolnavului, consecinţă a suferinţei encefalice, difuze cu circuit închis corticosubcortical.

Pe de altă parte, conţinutul halucinaţiilor se raportează la lumea internă a bolnavului, la trăirile sale subiective cele mai intime. Uneori bolnavii verbalizează conţinutul halucinaţiilor auditive în mod automat, în alte cazuri poarta discuţii contradictorii sub formă de dialog, după cum există cazuri când există mai multe "voci" care poartă discuţia între ele, la care bolnavul ascultă, zâmbeşte, participă la discuţie sau nu.

În alte cazuri halucinaţiile auditive au un conţinut delirant, ceea ce ne demonstrează activitatea automatică ideativ-verbală a cărei conţinut diferit de

la un bolnav la altul, se desfăşoară pe fondul parabiotizării cerebrale. Delirul în cazul halucinaţiilor auditive are un caracter relativ constant, ca şi în alte cazuri halucinatorii, ceea ce ne conferă argumente pentru a considera ca nu putem afirma în cazul unor halucinaţii auditive, prezenţa simultană şi a delirului.

Ceea ce se cuvine să subliniem este că în cazul halucinaţiilor auditive, când bolnavul consideră că "vocile" vin din afară, se perturbă aprecierea relaţiilor cu mediul ambiant, gândirea nu se mai construieşte pe baza reflectării realităţii obiective, ci a celei subiective deformate în mod autistsolipsist. Gândirea în acest caz îşi pierde particularităţile sale normale.

În acest sens, halucinaţiile auditive perturbă profund relaţiile bolnavului cu lumea obiectivă, cu microgrupul social în care-şi petrece existenţa şi dă o altă direcţionare proceselor ideo-afective restante.

Remarcăm de asemenea că forma de halucinaţii elementare se întâlnesc îndeosebi la copil şi corespund incompletei maturizări ontogenetic neterminate.

R.L.Johnson, M.D.Miller, pe un număr de 101 bolnavi de schizofrenie, au cercetat relaţiile dintre posibilităţile intelectuale premorbide şi apariţia halucinaţiilor. Rezultatele au arătat, că la bolnavii cu halucinaţii, nivelul dezvoltării intelectuale, determinat prin teste psihologice la intrarea în armată, era într-un mod important inferior, comparativ cu nivelul intelectual al bolnavilor fără halucinaţii. Datele obţinute nu se pot explica prin deosebirile sociale, forma de boală sau timpul de spitalizare. Autorii presupun că nivelul intelectual scăzut apare ca un factor predispozant în apariţia halucinaţiilor auditive.

M.D.Miller, R.L.Johnson, L.H.Richmond, pe un număr de 20 bolnavi (10 bolnavi cu halucinaţii auditive şi 10 fară), au studiat posibilitatea scrierii literare (stil, alegerea metaforelor, viteza asociaţiilor). S-a remarcat o înrăutăţire a capacităţilor literare (de scris) la bolnavii cu halucinaţii auditive, comparativ cu bolnavii nehalucinanţi, ceea ce se explică, se pare, prin nivelul intelectual premorbid scăzut al bolnavilor cu halucinaţii auditive. Dacă halucinaţiile erau la bolnavii cu nivel intelectual superior, atunci scrierile lor erau mai clare şi mai precise. Aceste date permit presupunerea că scrierea apare ca un mijloc ce poate să ne ajute la cunoaşterea unor trăiri pe care nu le ştim, ca de exemplu, trăirea halucinatorie.

W.Klages, sub termenul de "triada talamică" sau "sindrom talamic", propune să fie denumit complexul de simptome, care apar aproape în acelaşi timp: tulburări de percepţie a propriului corp, fenomene de depersonalizare şi halucinaţii olfactive.

Se dă istoricul bolii a 4 femei, bolnave de schizofrenie. La fiecare s-au remarcat toate simptomele triadei. Tulburările de percepţie ale propriului corp.

se exprimau prin tulburări de schemă corporală, simțindu-se peste măsură de ușoare sau de grele. Fenomenul de depersonalizare avea cele mai diverse caractere. Halucinațiile olfactive, ca și la majoritatea bolnavilor de schizofrenie, au demonstrat că bolnavele percepeau aproape în exclusivitate mirosuri neplăcute. Pe baza datelor de literatură și a observațiilor proprii, autorul conchide ca funcția olfactivă și halucinațiile olfactive au o strânsă relație cu funcțiile vegetativo-talamice. Întreaga triadă de simptome el o privește ca un sindrom de geneză talamică, susținut de datele de literatură privind prezența aceloraşi simptome în leziunile organice cerebrale și în particular în leziunile regiunii talamice.

S.Tsutsumi, a întreprins un studiu comparativ asupra halucinațiilor olfactive în schizofrenie și în psihozele atipice cu ajutorul metodei de analiză statistică a evoluției clinice, simptomatice, datelor EEG și ereditații. Grupa bolnavilor de schizofrenie era constituită din 33 bolnavi cu schizofrenie tipică și 7 bolnavi cu paranoia senzitivă după Kretschmer. În grupa bolnavilor cu psihoze atipice au intrat: 36 bolnavi de schizofrenie atipică, 14 bolnavi cu depresie atipică, 3 cu psihoze epileptice și 2 cu diencefalite. Halucinațiile olfactive la bolnavii de schizofrenie după proveniența lor stăteau mai aproape de ideile delirante, în timp ce în psihozele atipice ele se puteau referi la așa numitele halucinații pure. Halucinațiile olfactive la bolnavii de schizofrenie, frecvent se caracterizau prin percepția unor mirosuri plăcute, care ieșeau din corpul bolnavului.

S-ar părea că în unele cazuri, mirosul corpului determina apariția secundară a senzației de infestare. Tengi (1993) raportează un caz în care mirosul corpului coexista cu iluzia de infecție a organismului, aceasta din urmă fiind un simptom secundar bazat pe primul.

Acest fapt impune în unele cazuri, o analiză mai atentă a bolnavului pentru înțelegerea simptomatologiei. În patogeneza halucinațiilor la bolnavii de schizofrenie, un rol esențial îl jucau factorii personalității și anume - tulburarea relațiilor interpersonale.

În cazul psihozelor atipice, halucinațiile olfactive apar ca rezultat al acțiunii mecanismelor neuropsihologice, și în particular, a lezării regiunii sistemului limbic. În cercetările electroencefalografice, frecvența descărcărilor s-a dovedit mare, nu numai la bolnavii cu psihoze atipice, dar și la bolnavii de schizofrenie, îndeosebi la acele persoane, la care erau modificări minimale sau lipseau modificările personalității. Aceste date EEG permit să se presupună că în patogeneza halucinațiilor olfactive în schizofrenie participă factorii de natura somatică. Halucinațiile olfactive la bolnavii cu psihoze atipice se asociau frecvent cu alte simptome clinice, caracteristice pentru bolnavii de schizofrenie

cu modificarea personalității. Au fost descoperite unele deosebiri în tabloul clinic al halucinațiilor olfactive la bolnavii cu predispoziție pentru forma progredientă a schizofreniei și la bolnavii cu forme remitente de schizofrenie. Autorul presupune că în patogeneza halucinațiilor olfactive participă o serie de factori de natură biogenetică.

Halucinațiile corporale sunt foarte diverse, antrenând secundar tulburări vestibulare și chinestezice. Uneori bolnavii cred că fac anumite mișcări, pe care în realitate nu le fac. Se întâlnesc halucinații sexuale, ca și tulburări senzoriale chinestezice ale limbii. Alteori, intră cineva noaptea în camera bolnavului și-l obligă să aibă relații sexuale cu el, bolnavul afirmă că i se extrag cantități mari de spermă de persecutori, folosite pentru fecundație artificială sau pentru fabricarea de medicamente întăritoare.

Halucinațiile corporale apar brusc, ca halucinații reflexe, dând impresia unor crize catatonice. Ele pot începe ca niște crampe la picioare, urcă apoi la abdomen, apoi la brate, provoacă mâncărimi, merg în piept până la inimă, îl apucă de păr etc. Halucinațiile interoceptive apar ca senzația unui șarpe care se mișcă prin organele interne.

N.L.Gittelson, S.Levine, au studiat înclinația pentru sexul feminin a bolnavilor de sex masculin care prezentau diferite psihoze și nevroze și au constatat ca această tendință se observă mai frecvent în schizofrenie.

Tulburările halucinatorii în sfera genitală se observă la bolnavii de schizofrenie destul de frecvent (la 30% din numărul de 75 bolnavi cercetați). Aproape tot atât de frecvent (27%) s-au remarcat prezența ideilor delirante legată de această sferă (de exemplu idei despre transformarea sexului, despre modificarea organelor sexuale etc.). Astfel de deliruri sexuale s-au observat, după opinia autorilor, mai frecvent la bolnavii necăsătoriți. Autorii consideră că prezența unor astfel de deliruri și halucinații ce se adresează sferei sexuale, are o importanță determinantă în diagnosticul schizofreniei.

Halucinațiile vizuale au localizare foarte variabilă, bolnavul le vede aproape peste tot. Cel mai frecvent, sunt pseudohalucinațiile (halucinoze), deoarece bolnavul își dă seama de caracterul ireal al imaginilor văzute. Aceste halucinații se întâlnesc mai ales în tulburările de conștiință prin evoluție acută, sau datorită unor factori exogeni acuți, fiind excepționale în formele cronice.

Halucinațiile gustative și olfactive, nu prezintă vreun caracter deosebit, constând în gusturi sau mirosuri particulare simțite de bolnav, fie bizare și izolate, fie ca elemente ale delirului de otrăvire sau persecuție. Halucinațiile se întâlnesc rar și, spre deosebire de cele din delirium tremens, sunt mult mai sărace.

Mult mai importante decât "iluziile" simţurilor inferioare sunt iluziile auditive. Astfel, cel mai mic zgomot sau oricare altă excitaţie auditivă, sunt interpretate de bolnav în sensul delirului sau sunt de semnalat şi iluziile vizuale, ca şi iluziile de "straniu", ciudat. În stările crepusculare şi în stările de excitaţie acută halucinatorie, aceste halucinaţii şi iluzii sunt asociate. Cel mai frecvent se combină halucinaţiile auditive cu cele corporale.

Apariţia acestor halucinaţii este capricioasă, depinzând în mare măsură de voinţa bolnavului şi de acţiunea factorilor interni sau externi (sentimentele, puseele morbide). Caracterele acestor halucinaţii pot fi influenţate de starea de maturaţie a bolnavului, de atingerile somatice, de faptele şi gesturile mărunte. Un caz interesant este acela în care apariţia halucinaţiilor era declanşată de inclinarea capului (Briere şi Boismont). Halucinaţiile sunt caracterizate prin patru noţiuni: intensitate, claritate, proiecţie spaţială şi realitate. Intensitatea halucinaţiilor este dependentă de atenţia bolnavului.

Claritatea, uneori este necesară, bolnavul putând asculta voci cărora nu le înţelege sensul cuvintelor. De exemplu, un bolnav se auzea insultând în limba franceză, limbă pe care n-o învăţase (Pfersdorff).

Proiecţia la exterior. Anumite halucinaţii nu pot fi diferenţiate de realitate. În sfera tactilă, trebuiesc diferenţiate halucinaţiile de "parestezii", prin faptul că halucinaţiile sunt în acord şi cu alte simţuri. Bolnavii se întreabă dacă vocile lor le aparţin sau nu. În privinţa proiecţiei exterioare a halucinaţiilor auditive, bolnavii diferenţiază două feluri de voci: pe de o parte voci care vin din altă sferă, şi pe de alta, voci care vin din corpul lor, denumite voci interioare (halucinaţiile psihice descrise de Baillarger). Acestea sunt în majoritate halucinaţii-reprezentări şi foarte puţin halucinaţii-percepţii.

Tranzitivismul constă în proiecţia tulburării la o altă persoană, aşa cum există localizări vizuale în afara câmpului vizual.

Valoarea realităţii. Halucinaţiile lasă impresia de realitate, uneori chiar mai mult decât realitatea însăşi.

Pseudohalucinaţiile se întâlnesc cel mai des în sfera auditivă. Întrebând bolnavii dacă aud voci, aceştia răspund neclar sau echivoc, ceea ce ne arată prezenţa pseudohalucinaţiilor. Tot în cadrul acestora, bolnavul afirmă că aude "voci interioare", le "vorbeşte mintea", "înregistrează fără să vrea", "li se spune în gând".

O bolnavă afirma: "acum ei vorbesc în creier, se gândesc la o chestiune anume, apoi mi-o transmit mie pe centrii auditivi, ei imprimând ce discută cu mine şi eu reproduc".

Se mai poate vorbi de "furt al gândirii", "gândiri incluse" sau alte fenomene de acest gen, care fac parte din sindromul Kandinski-Clerambault. În

sfera vizuală pseudohalucinațiile apar ca niște imagini "făcute", care "se arată" bolnavului prin minte, ca un film.

Pseudohalucinație olfactivă este ceea ce afirma o bolnavă, și anume că simte miros de liliac, când persecutorul său miroase această floare, sau tactilă, atunci când se simte strangulată, când persecutotul o strânge de gât. Toate aceste senzații îi sunt transmise prin "telepatizator".

Se întâlnesc și pseudohalucinații chinestezice-motorii și verbal-motorii, adică perceperea de mișcări sau articularea unor cuvinte produse sau determinate de la distanță, impuse.

G.Sedman, arată că trăirile halucinatorii survin atât în condiții de conștiință clară, ca și modificată în sensul unei stări de semitrezire sau de conștiință neclară. Autorul distinge fenomenologic trei tipuri de halucinații: "imagini vii" (imagerii), vizuale sau auditive care nu au nici o realitate perceptiva și care se desfășoară în spațiul interior subiectiv și care, după conținutul subiectiv, pot fi din punct de vedere psihologic înțelese. Pseudohalucinațiile fără corespondent în realitate. Aceste fenomene sunt, după opinia autorului, auditive și vizuale, clare distincte și proiectate în spațiul exterior. Halucinațiile adevărate sunt trăite ca adevărate fenomene percepționale, pot fi, ca modalitate senzorială auditive, vizuale, olfactive, tactile, și survin de obicei, când conștiința este clară. În cazurile de perturbare a conștiinței cel mai frecvent apar halucinații vizuale și auditive și mai rar se constată halucinațiile cu caracter tactil și olfactiv. În ceea ce privește localizarea halucinațiilor adevărate, menționăm că acestea se pot petrece în spațiul interior al propriului corp sau câmp psihologic, sau în lumea exterioară bolnavului.

Kadinsky descrie pseudohalucinații vizuale care cuprind o lume vizuală protejată la exterior, dar necunoscută ca fiind halucinatorie. Pseudohalucinațiile lui Hagen sunt mai puțin clare cuprinzând și "halucinațiile psihice" descrise de Bleuler.

S-au observat, de asemenea, și "halucinații negative", ca de exemplu, anestezia sistematică descrisă de Lowenfeld.

Conceptia subiectivă despre halucinații este foarte diferită. Bolnavii sesizează confuz relația care există între propria lor gândire și halucinații, studiază aproape tot timpul vocile oamenilor care vorbesc, halucinațiile corporale considerându-le uneori patologice. Alții, nu ajung la nici o explicație a acestor tulburări care se petrec cu ei.

Conținutul halucinațiilor nu poate fi exteriorizat totdeauna, datorită reținerii sau incapacității de exprimare a bolnavului. așa se întâmplă în halucinațiile pe teme sexuale. Uneori, barajele sunt acelea care-l impedică pe

bolnav să-şi povestească conţinutul halucinaţiilor. Alteori, halucinaţiile se instalează pe încetul, manifestându-se la început ca vise, apoi în stare de semisomn, şi abia la sfârşit apar şi în stare de veghe. Aceasta insinuare pe încetul în conştiinţa bolnavului, îl face să oscileze. Bolnavii au o atitudine diferită faţă de halucinaţiile lor, unii privindu-le ca pe fapte reale, alţii din contra, fiind îngrijoraţi şi luându-şi măsuri de protecţie faţă de ele. Atitudinea bolnavului faţă de halucinaţii diferă şi în funcţie de stadiul bolii: la început sunt neliniştiţi, preocupaţi de explicarea lor, îşi imaginează metode de apărare. Cu timpul însă, halucinaţiile îl lasă indiferent, pentru ca în final să explice solilocvia şi accesele de vociferări şi invective.

I.F.Small, J.G.Small, J.M.Andersen, referindu-se la particularităţile clinice ale halucinaţiilor în schizofrenie, arată că acestea nu sunt patognomonice pentru schizofrenie, Bleuler considerându-le ca fenomene adăugate şi caracteristice pentru schizofrenie. În particular, sunt caracteristice pentru schizofrenie halucinaţiile auditive, ele, ca şi halucinaţiile sensibilităţii generale. Halucinaţiile cu caracter sexual, halucinaţiile privind sfera somatică, sunt considerate nefaorabile în evoluţia schizofreniei, deşi unii autori consideră că nu au valoare prognostică.

O parte dintre psihiatri vorbesc despre o asociere a halucinaţiilor cu tulburări afective, cu tulburări comportamentale, şi în general cu simptomatologie psihotică acută. Autorii au cercetat halucinaţiile la 50 bolnavi de schizofrenie acută. S-au remarcat toate simptomele acute ale bolii: tulburări de gândire, comportament, limbaj, halucinaţii, simptome catatonice, idei delirante. Printre bolnavii cercetaţi erau 15 bărbaţi şi 35 femei, în vârstă de 19 - 48 ani. Halucinaţiile auditive au fost prezente în 66% cazuri, somatice, (inclusiv sexuale) la 42%, olfactive 38% şi vizuale 30%. La un număr de 18 bolnavi s-a constatat un singur fel de halucinaţii: 14 auzeau "voci", 3 aveau halucinaţii erotice, 1 vizuale. La toţi - restul bolnavilor - halucinaţiile erau complexe. În cazul halucinaţiilor auditive, bolnavii identifică vocile şoptite, vocile acestea, bolnavii deosebindu-le de zgomotele obişnuite şi de convorbirile din jur. Halucinaţiile somatice au fost înregistrate la 21 bolnavi, predominând halucinaţiile tactile, senzaţiile de influenţă, de obicei cu caracter negativ. La 4 bolnavi erau halucinaţii cu caracter sexual. Halucinaţiile vizuale au fost notate la 15 bolnavi, cel mai adesea fiind descrise de bolnavi ca apărute în copilărie.

Concluzia de bază pe care o desprind autorii constă în aceea că la bolnavii cu halucinaţii auditive, asocierea lor cu altele de alt tip are un caracter mai favorabil, decât la alţi bolnavi. Fenomenele halucinatorii n-au apărut ca fiind legate de exacerbarea psihozei. Mai favorabile din punct de vedere

prognostic au apărut halucinațiile de tipul conversației bolnavilor cu vocile halucinatorii aparținând oamenilor apropiați lor și având relație cu evenimentele și ființele familiare, de unde și concluzia că bolnavii de schizofrenie nu sunt chia așa de independenti față de conținutul trăirilor lor existențiale.

M.J.Horowitz, efectuează un studiu asupra rolului structurilor optice anatomice în geneza halucinațiilor vizuale. Au fost studiați un număr de 25 bolnavi de schizofrenie pe baza analizei desenelor lor. Rezultatele cercetărilor au permis enunțarea concluziei că are o importanță participarea factorului subiectiv ca și prezenta unui focar perceptiv, răspândit fie în stratul ganglionar al retinei, fie în formațiile anatomice ale globului ocular. Răspunsul cortical la excitarea retinei poate să poarte fie caracterul unui proces de organizare topografică, fie caracterul mult mai lent al unui proces difuz, parțial intraretinal, care activează cea mai mare parte a cortexului vizual. Stimularea formațiilor globului ocular se înregistrează la nivelul retinei, dar pot fi percepute (în mod normal) în inhibiția activă sau în lipsa procesului de facilitare în transmiterea influxului nervos. Este vorba de procese de inhibiție și de conducere, care au loc atât la nivelul retinei ca și la cele mai superioare nivele ale sistemului neros central și reprezintă elementul somatic al atenției difuze. În condițiile în care apare necesitatea crescută de a vedea, ca de exemplu în căderile senzoriale, imaginile entoptice pot fi înlesnite. Înțelesul somatic al acestor procese constă în prevenirea dependențelor optice ale regiunilor creierului de inhibiție pe seama stimulării aferențiale insuficiente.

Autorul consideră că bolnavii de schizofrenie imaginile exterioare pot fi "construite" cu scop de apărare și ieșire din procesul perceptiv, ca dintr-un mediu nociv. Câteva forme de stări halucinatorii sunt legate, de scăderea inhibiției de natură neurofiziologică, biochimică sau psihodinamică. Imaginea finala conștientizată, poate fi asemănătoare și se poate dezvolta după aceleași legi psihodinamice, după care se dezvoltă visele. La oamenii cu o relativ bună percepere a eului, eliberarea secundară a stimulilor elementari, proveniți de la nivelul dorință - realizare, poate da naștere unor iluzii, halucinații hipnagogice sau imagini eidetice. O astfel de eliberare secundară a stimulilor elementare se poate cumula în imagini halucinatorii.

F.Hillers, descrie caracterul obsesiv, particular trăirilor halucinatorii la bolnavii de schizofrenie. În trăirile (delirante, halucinatorii) patologice ale bolnavilor de schizofrenie este conținută nu numai relația anormală fără comportament adecvat. Autorul consideră că fenomenul obsesiv, trăirea ca ceva străin personalității, este caracteristic pentru halucinațiile schizofrenice.

Orientarea bolnavului în timp şi spaţiu, primitiv nu e perturbată. La mulţi bolnavi însă se întâlnesc modificări ale orientării, secundare perturbării afectivităţii şi atenţiei, astfel că dezinteresul şi apatia pot genera în timp o apreciere a orientării, şi pe plan delirant se poate întâlni o dezorientare în timp. Astfel, un bolnav afirmă că s-au schimbat datele calendaristice, însă el şi-a păstrat un decalaj fix faţă de data exactă. O altă bolnavă spunea despre duşmanii ei: "creează confuzii şi cu anii, denaturează", sau "datele de calendar variază, sunt aproximativ flotante". S-au semnalat printre tulburările de personalitate la schizofreni, o serie de tulburări ale orientării autopsihice.

Conştiinţa bolii şi deci orientarea asupra propriei situaţii poate îmbrăca diferite aspecte. Astfel, paranoizii în special nu-şi pot aprecia starea lor psihică; ei afirmă că sunt sănătoşi, că atât tratamentul cât şi internarea sunt inutile, ba chiar nocive, constituind acte de duşmanie din partea părinţilor, sau măsuri ilegale ale autorităţilor. Unii bolnavi, în special la debut, sunt conştienţi de boala lor psihică şi chiar consultă singuri medicul. Este cazul perioadei pseudonevrotice sau cea a sindromului de depersonalizare-derealizare. Alţi bolnavi însă, deşi au conştiinţa bolii, o pun pe seama oboselii, surmenajului, sau vorbesc despre o boală pe care nu o pot preciza. De obicei, se întâlneşte excepţional sau deloc conştiinţa totală a acestei boli care duce la destrămarea progresivă a personalităţii. Deci nu trebuie să luăm în considerare faptul că bolnavii mai vechi afirmă că au schizofrenie, halucinaţii, idei delirante, incoerenţă, deoarece ei au aflat aceste expresii din foaia de observaţie, biletul de ieşire, convorbirile medicilor.

Memoria este inclusă între funcţiile intacte, în sensul că ea nu suferă în sine. În privinţa acesteia, Masselon găseşte că bolnavii de demenţă precoce prezinta uitări, rătăciri, ca şi "stereotipii ale memoriei". Astfel, se întâlnesc amnezii lacunare pentru perioade de agitaţie şi fazele acute în care conştiinţa poate fi perturbată. Cercetările lui Berze evidenţiază o hipermnezie, însă autorul confundă paranoidul cu paranoicul. Aceste tulburări de memorie sunt strâns legate de cele ideative şi afective. Bolnavii de schizofrenie înregistrează şi păstrează evenimentele, dar în reproducerea lor ulterioară poate fi perturbată.

Conştiinţa psihologica. Contactul senzorial cu lumea înconjurătoare nu suferă vreo modificare la schizofreni, afirmă Bleuler, însă tot el este acela care arată importanţa stărilor crepusculare.

Berze şi Şcoala din Heidelberg afirmă hipotonia conştiinţei. Pentru a elucida această problemă, s-au raportat schizofreniile la stările post-encefalice, s-au făcut "model-psihoze" schizofrenice (mescalina, LSD). Schizofrenia ar fi cu atât mai "pură", cu cât ar interesa mai mult o alienare a eu-lui decât o destructurare a conştiinţei. Toţi autorii clasici sunt de acord că schizofrenia se

dezvoltă pe un fond de conştiinţă clară, netulburată. Chiar la schizofrenii cu incoerenţă accentuată, atenţia, procesele de percepţie şi fixarea mnestică nu prezintă alterări confuzionale.

O.Bumke, arată că bolnavii dau impresia totdeauna că ar putea să vorbească şi altfel dacă ar avea ocazia, astfel ei introduc în conversaţie unele remarci corecte. Starea de orientare dublă este, după E.Bleuler, o stare de claritate deosebită a conştiinţei, bolnavul trăind atât relaţiile reale, cât şi cele care au pentru el o importanţă mai mare decât realitatea.

Bolnavii sunt orientaţi în acelaşi timp şi fals şi corect, ei se pot mişca şi acţiona în realitate, deşi au trăiri cosmice sau alte fenomene delirante. Marea majoritate consideră adevărata realitate cea psihotică, lumea reală fiind o aparenţă pentru ei (K.Jaspers). În acelaşi sens a interpretat şi faptul că un bolnav care se consideră "Cristos" sau "Napoleon" face diverse treburi prin salon (W.Mayer-Gross). Acest autor, arată că starea de visare de la începutul hebefreno-catatoniei, stările de gol mintal din stuporile catatonice pe care bolnavul nu le poate evoca retrospectiv, ca şi stările de tulburare a conştiinţei din delirul acut şi catatonia tip K.Stauder, nu mai conserva claritatea conştiinţei.

În 1924, W.Mayer-Gross a descris stările oneiroide care pot apare în schizofrenie şi care au la bază o conştiinţă de o structură particulară. Bolnavul vede perindindu-se în faţa lui scene romantico-fantastice (catastrofe, potopul, îngroparea de viu, naufragiu, închisoare, război, sfârşitul lumii, cerul şi iadul), la care participă intens afectiv, trece prin ele cu conştiinţa răspunderii dar rămâne în stupoare, agitaţia motorie întâlnindu-se rar. Dacă îl desprindem pentru puţin timp din această stare, bolnavul ne apare dezorientat, greu accesibil, imposibil de fixat. El îşi aminteşte perfect conţinutul acestei stări oneiroide. Ele apar în special în formele recurente, şi se pot repeta la câteva săptămâni sau luni (A.V.Snejnevski).

S.T.Stoianov, a făcut o descriere a acestor stări, arătând ca dispoziţia bolnavului se modifică după trăirile sale în sens depresiv sau maniacal. Tulburarea de conştiinţă e asemanată de bolnav cu visul sau cu somnul cu ochii deschişi; el are tulburări de percepţie sub forma de iluzii-halucinatii, false recunoaşteri, idei delirante fantastice, dezorientare în mediu, tulburare a conştiinţei propriei persoane.

Simptomatologic, oneiroidia are un tip expansiv, cu trăiri fantastice, măreţe, chiar cosmice, cu agitaţie catatonică, şi un tip depresiv în stupoarea catatonică în care trăirea faptelor are conţinut mistico-religios, apar idei delirante ipohondrice sau de autoacuzare.

Motilitatea

Se întâlnesc tulburări numai în mod accesoriu (catalepsia). Motilitatea limbajului rămâne intactă, ca şi mişcările fine (ca de exemplu, cântatul la vioară).

b) **Funcţiile complexe**

Aceste funcţii, care rezultă din interacţiunea funcţiilor elementare, sunt interesate în schizofrenie. În special este perturbată relaţia dintre lumea interioară a bolnavului şi cea exterioară, în favoarea primei, care predomină (autismul).

Raportul cu realitatea. Autismul (Solipsismul).

Această noţiune de autism corespunde celei de autoerotism a lui Freud, pentru care erotismul şi libidoul au o semnificaţie mai largă faţă de alte şcoli.

Autismul este latura pozitivă a ceea ce Janet consideră negativ: pierderea sensului realităţii. Sensul realităţii lipseşte la schizofreni numai pentru anumite lucruri care sunt contrare complexelor lor, numai la anumite "contacte". În formele majore însă de boală bolnavii nu mai au nici o relaţie cu lumea din exterior, ei au o lume a lor, fără obstacole, în care toate dorinţele li se împlinesc. Deci autismul constă într-o evadare de la realitate, cu predominantă absolută sau relativă a vieţii interioare. Ei reduc la minimum contactul cu lumea exterioară, neacordând importanţă circumstanţelor. Astfel, când li se vesteşte moartea unuia dintre apropiaţii lor, nu dau crezare acestui "zvon" şi rămân indiferenţi.

Pierderea contactului vital cu realitatea, survine în momentul în care trebuinţele, tendinţele, aspiraţiile, motivele activităţii se restrâng, atunci când personalitatea disociindu-se de ansamblul relaţiilor sociale care i-au dat naştere, se condamnă disoluţiei prin ea însăşi. Procesul patologic cu circuit închis cortico-subcortical afectează ceea ce este mai nou dar şi mai fragil în structura bolnavului de schizofrenie, perturbă constelaţiile dinamice cerebrale şi determină o profundă bulversare a semnificaţiilor raţionale. Pe măsura ce se produce disocierea patologica de lumea obiectiva prin incapacitate de a

reactiona energic cu resurse epuizate energetic, subiecţivizarea patologica a obiectivului adinceste din ce în ce mai mult aceasta rupere de realitate. Dar autismul este rezultatul unui proces şi nu cauza pentru care bolnaul se izolează de mediul social, la fel ca şi hipotimia şi gândirea derealizata.

Tulburarea unor mecanisme mai profunde care stau la baza instinctului de conservare, a instinctului social, a nevoiei de comunicare, a trebuinţelor, ca şi perturbarea capacitatii de a integra semnificaţiile unor asemenea procese elementare, determina izolarea şi dezagregarea personalităţii schizofrene.

L.Korzeniowski (1967), arată ca din timpul lui kraepelin şi Bleuler autismul şi sărăcirea afectivă apare ca un simptom cardinal şi determinant patognomonic nu numai în schizofrenie. În ce priveşte tulburările afective caracteristice schizofreniei, spre deosebire de alte boli psihice s-au efectuat lucrări. În ceea ce priveşte autismul încă E.Bleuler l-a considerat în două planuri: pe de o parte aceasta este incapacitatea personalităţii de a înţelege realitatea şi a se adapta la ea, iar pe de alta parte - autismul înseamnă lumea internă a bolnavului, lumea ideilor fantastice, uneori a ideilor delirante. Această lume rupe pe bolnav de lumea reală, pe care o trăieşte la modul solipsist.

Korzeniowski consideră că trebuie deosebit un autism primar şi unul secundar. Autismul primar sau simplu, reprezintă o simplă negare a realităţii şi incapacitatea de adaptare la ea. În astfel de cazuri de autism, există o asemănare cu tulburările de orientare. Autismul secundar reprezintă o tendinţă de înţelegere de către bolnav a realităţii înconjurătoare ca modificată, care capată trăsături delirante, lumea internă a bolnavului opunânduse lumii reale. Autismul în acest caz reprezintă un protest împotriva lumii reale, iar delirul - o compensare a acestei lumi. Toate acestea nu exclud posibilitatea formării delirului, când ultimul alimentează transformarea primară de către bolnav a lumii percepută nemijlocit. În astfel de situaţii, autismul apare ca o bază pe care se construieşte înţelegerea de către bolnav a lumii reale. În aceste condiţii mecanismele autismului se apropie de autismul primar, după clasificarea autorului.

E.Bleuler, consideră autismul ca o evaziune din lumea reală şi în acelaşi timp ca o predominantă absolută a vieţii interioare extinsă cu valoare de realitate asupra lumii exterioare.

"Lumea autistică" - scrie E.Bleuler - "este pentru bolnavi tot atât de reală ca şi realitatea, deşi este uneori de o realitate diferită. Cele două feluri de realitate nu sunt totdeauna distinse în cursul bolii cum ele erau la început". Această lume autistă are, pentru bolnavul de schizofrenie o valoare mai mare decât cea a lumii exterioare care lor le apare ca fiind reală. Dar, aşa cum

observa E.Bleuler, deşi bolnavii sunt afundaţi într-o lume ireală, autistic-solipsistă, în conduita lor ţinând cont totuşi de lumea reală pentru a se conduce şi orienta, mulţi dintre pacienţi reglându-şi comportamentul după coordonate reale şi nu în raport de conţinutul gândirii autiste.

Autismul poate să ajungă până acolo încât conduita să-şi piardă orice contact cu realitatea, bolnavul nefondându-şi reactivitatea ideo-afectivă pe lumea reală, ci pe cea solipsistă, ca în cursul unui vis. De aceea modalitatea de trăire solipsistă a realităţii are raporturi cu realitatea de natură intermitentă, capricioasă, raporturi care se interferează din planul autistic în cel al realităţii şi vice-versa.

Nu totdeauna autismul este uşor de evidenţiat. Unii bolnavi cronici păstrează doar o aparentă indiferenţă, în realitate relaţia lor cu mediul nefiind cu nimic alterată; pentru ei faptele din jur au sau nu importanţă în funcţie de complexele lor. Bolnavii sunt convinşi că această lume a lor, autistică, este reală. Ei identifică halucinaţiile cu realitatea. Aceste două realităţi în viaţă bolnavilor se observa mai bine la debutul bolii, şi lor li se pare mai importantă realitatea lumii lor imaginare decât cea a lumii exterioare care le apare "ireală". Unii bolnavi nu se conduc numai după "gândirea autistică", luând în considerare realitatea înconjurătoare pentru a se orienta şi a se conduce. Raportul cu realitatea are un caracter capricios şi intermitent. Câteodată autismul ocupă un loc atât de important, încât bolnavul pierde total contactul cu lumea reală, se ajunge la o adevărată stare de stupoare. În aceste stări se poate întâlni o apărare activă faţă de lumea înconjurătoare. În stările halucinatorii se întâlneşte frecvent predominanta imaginaţiei asupra realităţii. În gândirea autistică nu se întâlnesc dorinţe sau teme; ea poate fi conştientă sau inconştientă ca şi gândirea realistă, ceea ce deosebeste autismul de inconştient.

Mai târziu, în 1921, Bleuler a propus pentru acest fenomen şi termenul de gândire dereistică.

E.Minkovski descrie au autism sărac, deosebit de autismul descris de E.Bleuler, care este un fel de izolare mintală deficitară, datorită pierderii contactului cu realitatea, şi pe care-l consideră mai frecvent în schizofrenie.

W.Spiel, descrie o stare afectivă particulară, asemănătoare cu stările terminale după procesul schizofrenic la bolnavii în anamneza cărora nu se observă ruptura sau producţia schizofrenică. Ei sunt descrişi în literatură ca heboizi, modificări ale personalităţii la vagabonzi şi infractori etc. În clinica de neuropsihiatrie infantilă, asemenea bolnavi se întâlnesc printre oligofreni. Ei se deosebesc de oligofrenii obişnuiţi prin bogăţia lumii lor intelectuale, sunt gânditori, prin caracterul lor rezervat, prin motrică şi manierisme particulare, se descoperă o ascuţime intensă a minţii, dacă ei sunt antrenaţi la jocuri. La o

analiză atentă a acestor bolnavi se constată perioade de rupere a contactului cu lumea înconjurătoare, de tulburări impulsionale, emoționale și volitive și se remarcă de asemenea tulburări pasagere de comportament. Este de asemenea posibil ca simptomatica nespecifică infantilă în asemenea cazuri să deschidă psihoza, care să ducă, pe de o parte către oligofrenie, iar pe de altă parte să dea descrierea unor particularități specifice. În afară de aceasta, stările schizoido-autistice, pot surveni ca urmare a evoluției progrediente nefavorabile după "orientările greșite ale personalității" în perioadă pubertară. Delimitarea acestor stări de psihozele schizofrenice uneori este aproape imposibil de efectuat.

Atenția

Atenția activă poate dispare în funcție de interes. Atenția pasivă este modificată, astfel că bolnavul este captat de evenimente care nu-l interesează. Nu se mai realizează selectarea atenției, bolnavul înregistrează totul în mod pasiv.

Voința

Voința este perturbată în schizofrenie și unii autori o determină la nivelul ambivalenței. Trebuie să remarcăm însă că ambivalența este numai o componentă și că perturbarea proceselor volitive în schizofrenie este cu mult mai profundă dacă avem în vedere procesul disociativ care perturbă profund instanțele și structurile coordinative ideo-afective și afective-instinctive, care perturbă interrelațiile dintre bolnav și mediu ca și dintre diferitele componente și structuri ale personalității (motivație, gândire, conștiința, emoții, sentimente, pasiuni etc.).

Ca urmare a acestor perturbări, procesele volitive nu vor avea o direcționare definită și nici o unitate corespunzătoare concretizată în manifestările comportamentale. În consecință, vom asista la modificări frecvente ale direcționării voliționale, la acte contradictorii de voință, cu predominarea unor aspecte instinctiv-emoționale primare exprimate sub forma unor stări de afect. Stările impulsive care se observă îndeosebi în cazul bolnavilor catatonici atestă perturbarea proceselor de conștiință care unifică și dă fluență și coeziune rațională comportamentului în raport cu normativitatea

socială, dar în acelaşi timp acestea traduc suferinţa cerebrală difuza şi îndeosebi subcorticală. În acest fel se explica agresiunile asupra anturajului ca şi autoagresiunile (mutilările sau sinuciderea). Spre deosebire de forma catatonică, în cazul bolnavilor suferind de schizofrenie paranoidă, se observa că actele impulsive se verbalizează şi se asociază de obicei unor halucinaţii auditive imperative.

Se remarcă faptul că în formele de schizofrenie avansate în care defectivitatea biologică şi psihologică este manifestă, apar manifestările de deosebită periculozitate.

La bolnavii schizofrenici se întâlneşte frecvent **abulia**; ei nu mai primesc nici un impuls, nu fac nimic, nici spontan, nici dacă li se ordonă.

Kraepelin şi Bleuler înţelegeau prin abulie faptul că bolnavul devine leneş, neglijent, stă ore întregi întins în pat. El nu dă explicaţii pentru inactivitatea sa sau invocă "oboseala". Bolnavii cu forme mai uşoare de boală au unele dorinţe, dar nu fac nimic pentru a le realiza, au unele temeri, dar nu fac nimic pentru a le preîntâmpina. Uneori, tulburările de voinţă se manifestă sub forma hiperbuliei, în care bolnavii urmăresc cu toată energia să realizeze un plan raţional sau lipsit de sens, alteori, dimpotrivă, apar barajele de voinţă, ajungându-se chiar la stupoare catatonică. În aceste cazuri pacienţii nu pot rezista incitaţiilor interioare, ajungând până la impulsii, raptusuri, uneori de mare periculozitate socială.

Personalitatea

Bolnavul are cunoştinţă despre el ca fiinţă atât timp cât delirul său nu priveşte personalitatea. El are o orientare autopsihică normală, atât timp cât eul său rămâne intact. Printre tulburările care privesc personalitatea, cea mai importantă este disociaţia, în aşa măsură însă, încât ar trebui descrisă alături de simptomele accesorii.

Astfel, în formele care au ajuns la un anumit grad de evoluţie, personalitatea îşi pierde unitatea.

C.Bumke arată că în faţa unui schizofren avem impresia că părţi întregi din viaţa psihică ar fi desprinse unele de altele, iar personalitatea ar fi reprezentată când de una, când de alta dintre aceste părţi.

G.Biermann, a utilizat scenotestul în calitate de test diagnostic pentru personalitate (a conflictelor şi motivelor sale ca şi a complexelor sale). Acest test constă din jocul bolnavului cu 130 elemente - figuri de oameni, de animale

şi de diferite obiecte (mai ales simbolice). Testul a fost aplicat pe un număr de 105 bolnavi de schizofrenie cronică comparativ cu 40 sănătoşi adulţi, a 40 şcolari, 40 cu nevroze, 40 cu leziuni organice cerebrale.

Particularităţile jocului bolnavilor de schizofrenie nu depind de vârstă, sex, vechimea sau forma bolii. Pentru bolnavii de schizofrenie ca şi pentru bolnavii cu leziuni organice, sunt caracteristice sărăcia jocurilor, cu aplicarea unui număr mic de elemente; de asemenea, elemente haoticę, care atesta toată disolutia personalităţii. În acelaşi timp jocurile ar reflecta problematica internă a bolnavilor, reprezentând o proiecţie a trăirilor delirante, cu exprimarea unor tendinţe autiste sau de pură importanţă simbolică.

R.Brauer, M.Harrow, G.J.Tucker, arată ca fenomenul de depersonalizare are un mare interes pentru clinician şi cu toate acestea, numai puţine cercetări au fost închinate acestui subiect.

Autorii consideră că **depersonalizarea** este atunci când bolnavul se simte înstrăinat, alienat de lume, straniu sau nereal; **derealizarea**, este atunci când mediul înconjurător imediat al bolnavului îi apare ca nereal sau modificat.

Dupa opinia autorilor, depersonalizarea şi derealizarea sunt aspecte ale unuia şi aceluiaşi fenomen şi nu a unor anumite aspecte psihopatologice.

V.A.Ghiiliarovski scria că "structura psihozei poate fi înţeleasă în fiecare caz, în general, numai studiind personalitatea ca un întreg cu toate particularităţile sale şi cu dezvoltarea să dinamică".

P.B.Ganuskin (1928), scria: "La oamenii cu o structură sau alta de tip psihopatic, într-un anumit număr de cazuri, atunci când apare un proces patologic (fie arterioscleroza cerebrală, fie schizofrenie etc.), boala evoluează după tipul psihopatiei, ca reacţie la acest proces. În tabloul clinic, în astfel de cazuri se observă două feluri de fenomene paralele, dintre care principalul este apariţia procesului bolii, iar celălalt, apariţia starii reactive a dezvoltării personalităţii în noile condiţii de viaţă; ultimul se datoreşte tipului clinic psihopatic".

Birnbaum, distingea factori patogenetici şi patoplastici în cadrul schizofreniei. După Birnbaum "patoplastica", adică apariţia psihozei, apariţia unora sau altora dintre sindroame, este determinată în primul rând de factorii constituţionali. "Patogenetica" crează numai o bază a bolii, fără a determina forma ei.

În schizofrenie, eul este afectat în grade diferite. Tulburarea esenţială este constituită de faptul ca bolnavul pierde sentimentul de activitate şi mai ales nu mai este capabil să-şi dirijeze gândirea, legăturile asociative făcându-se într-un mod neobişnuit; un lucru poate să pară altul, şi acest lucru este valabil şi pentru propria persoană. Astfel, bolnavul nu se mai regăseşte nici în el însuşi,

nici în afara lui, începe să se simtă schimbat, "altfel" decât înainte, devine un străin pentru el însuşi. Orientarea autopsihică este agravată de tulburările cenestopatice. Bolnavul nu se mai identifică cu el însuşi, îşi pierde individualitatea interioară, şi poate sta ore întregi într-o muncă interioară pentru găsirea propriului eu. Propriile percepţii, sentimente, gânduri, îi apar diferit ca înainte şi aceasta duce la o stare de anxietate, de nelinişte. El poate simţi uneori penibil scăderea capacităţii de rezonanţă afectivă, poate avea "sentimentul lipsei de sentiment". Personalitatea bolnavului şi-a pierdut limitele în timp şi spaţiu, el este "depersonalizat", îşi trăieşte modificarea şi înstrăinarea propriului psihic, se poate considera drept un altul, sau drept un obiect, deoarece a pierdut legătura cu el însuşi. Există forme de depersonalizare în care înstrăinarea poate să se refere şi la propriul său corp, sub forma modificărilor de schemă corporală; în acest caz bolnavul are impresia schimbării unor elemente ale feţii sau chiar a feţei în întregime, sau altul care-şi căuta capul lângă el (E.Bleuler).

Dismofofobiile de la începutul bolii conţin unele elemente de depersonalizare somatică, ca şi unele idei ipohondrice sau de negaţie. Câteva idei cu potenţial afectiv sunt independente. Eul bolnavului, personalitatea sa, se scindează în mai multe fragmente care pot coexista ocupând alternativ eul.

Uneori se întâlneşte o scindare a eu-lui în două părţi: o parte care-i aparţine şi alta străină lui; personalitatea sa anterioară se conservă în prima parte şi înregistrează procesul de transformare şi prezenţa părţii străine eu-lui.

În stadiile terminale de boală se întâlneşte o disociere profundă a personalităţii, cu ştergerea graniţelor dintre eul bolnavului şi alte persoane, sau chiar lucruri sau noţiuni abstracte, bolnavul putându-se identifica cu o altă persoană, obiect, sau putând să-şi divizeze amintirile în mai multe perioade care aparţin unor persoane diferite. Un exemplu de mutaţie a personalităţii este acela al bolnavului care discuta cu el însuşi la persoana a doua sau a treia. Se pot întâlni personalităţi alternante, idei de transformare sexuală, unii bolnavi pierd sentimentul realităţii lor, tranzitivisme, în cadrul cărora bolnavul are impresia că cei din jur aud aceleaşi voci ca şi el sau suferă împreună cu el aceeaşi influenţă străină.

Apersonalizarea, este un fenomen mult mai rar întâlnit (E.Bleuler); bolnavul crede că a trăit o serie de elemente care erau reale, dar care s-au petrecut cu alte persoane; după moartea unui vecin de pat, un bolnav se considera el însuşi mort.

În unele cazuri accesele de furie duc la adevărate transformări, ca şi stările crepusculare cu tulburări ale tonusului afectiv şi ale reprezentantei afective.

Autorii germani înțeleg prin depersonalizare o tulburare mai profundă a conștiinței propriului eu, caracteristică bolii. Bolnavii trăiesc ieșirea voinței din domeniul propriei persoane, pierderea calității percepțiilor, gândurilor, sentimentelor, acțiunilor de a fi "personale", "ale mele" (K. Schneider).

Toate acestea nu mai sunt sub dependența voinței bolnavului, ele sunt trăite de bolnav ca "făcute", "produse" sub influența hipnozei, telepatiei sau undelor. Aceste fenomene au fost descrise mai amănunțit de psihiatrul francez C.D.Clerambault, sub numele de automatism mintal.

Psihiatrii germani descriu un simptom important în schizofrenie, în care apare o mirare, nedumerire, cu anxietate, ceea ce duce la o încetinire a gândirii. În acest fel bolnavul poate ajunge la o conștiință vagă a existenței unei stări morbide. Mimica devine tipică cu sprâncenele ridicate și fruntea încrețită. Bolnavul stă uneori în mijlocul salonului, privind nehotărât în jur, ca și cum n-ar ști în ce direcție să meargă. Când ia un obiect în mână, îl ține mult, ca și când n-ar ști ce să facă cu el.

H.Gruhle și W.Mayer-Gross (1932), arată ca această perplexitate nu este numai o tulburare a conștiinței personalității, ci are legătură și cu delirul de influență și halucinațiile. Derealizarea, înstrăinarea lumii înconjuratoare, era inclusă în vechea descriere a depersonalizării (I.Dugas, 1911). În cadrul acesteia, bolnavii afirmă că nu mai cunosc lucrurile, lumea le apare străină, ca un vis, ca vazută prin lunetă sau ceață, ei au pierdut legătura cu lumea pe care n-o mai pot înțelege.

J.E-Mayer dă exemplul unui bolnav care compară lumea cu "un mozaic lipit de cauciuc și deformat prin intinderea cauciucului". Este modificată și perceperea trecerii timpului, care apare fie prea rapidă, fie prea încetinită.

J.Jaroszynski, E.Jarzebowska, L.Welbel, au cercetat rudele a 126 bolnavi de schizofrenie și 66 bolnavi de psihoză maniaco-depresivă, remarcându-se că la frații și surorile bolnavilor cu psihoză maniaco-depresivă s-au întâlnit mai frecvent îmbolnăvirile organice, în timp ce la mamele bolnavilor de schizofrenie s-au întâlnit mai frecvent trăsături de comportament antisocial comparativ cu mamele bolnavilor cu psihoze circulare.

L.C.Wynne și M.T.Singer, arată ca relațiile intrafamiliare acționează într-un mod important asupra formei de organizare a personalității și de asemenea asupra stilului gândirii descendenților ce cresc în aceste familii. Autorii consideră că există legături specifice între tulburările de gândire și structura bolnavilor de schizofrenie.

L.C.Wynne și M.T.Singer, bazându-se pe caracterul tulburărilor de gândire, clasifică bolnavii de schizofrenie, în: schizofreni cu gândire disociată

şi schizofreni cu gândire amorfă - ultimii caracterizindu-se frecvent prin neologisme şi asociaţii prin asonanţă.

"Demenţa" schizofrenică

Tulburările ideaţiei şi afectivităţii induc în aceeaşi măsură şi tulburări ale inteligenţei. Funcţiile fundamentale sunt păstrate chiar în forme grave de schizofrenie. Uneori schizofrenul poate da un oarecare randament intelectual în anumite condiţii. În formele lejere demenţa se traduce prin unele acţiuni bizare la subiecţii de obicei ponderaţi şi chibzuiţi. Demenţa schizofrenică gravă însă se caracterizează prin defect al interesului şi manifestărilor exterioare, şi prin multiplele lacune în gândire şi conduită, ceea ce explică dificultatea în a executa scopurile propuse. Demenţa schizofrenică, spre deosebire de cea din paralizia generală, nu apare în funcţie de dificultatea intelectuală a ordinelor date sau a operaţiilor pe care trebuie să le facă, ci are un caracter capricios şi fortuit. Starea de "demenţa" schizofrenică se stabileşte nu atât pe baza tulburărilor de inteligenţă, cât mai ales pe baza stării afective, în particular al interesului şi spontaneităţii. Ea se evaluează în funcţie de balanţa faptelor incorecte şi corecte. Aceasta demenţa schizofrenică este dată de interacţiunea tulburărilor de gândire cu indiferenţa şi iritabilitatea pe plan afectiv şi cu trăirea autistică, fiind în fond o pseudodemenţă sau o parademenţă afectivă de fond.

Există în schizofrenie şi tulburări **conceptuale**. Noţiunile nu sunt gândite în totalitate, apar fragmentate, însă nu sunt distruse. În acest sens, se notează deficite durabile numai în relaţiile cu delirurile şi intercalate cu complexe afective. Pot apare uneori compensări în funcţie de influenţele afective care se exercită (de exemplu, reunirea mai multor persoane într-una singură).

Tendinţa de simbolism, constă în identificarea a două concepte printr-un element comun oarecare. Simbolismul apare pregnant în delir. În schizofrenie, atât noţiunile elementare, cât şi cele complexe pot fi implicate în tulburările conceptuale şi devin greu de înţeles. Pe plan afectiv, aceste tulburări pot fi favorizate sau împedicate. Inteligenţa poate fi influenţată diferit de către tulburarea afectivităţii. Astfel, din moment ce interesul nu mai există sau e tulburat, gândirea, fie că nu este dusă până la sfârşit, fie că este scăzută. "Pierderea facultăţilor psihice" se datoreşte, în majoritatea cazurilor, tulburării afective.

Spre deosebire de bolnavii idioți sau organici, la care lipsește frecvent sentimentul diferențierii realului de imaginar, la schizofreni procesul este mult mai complex. Aici ideile sunt elaborate neregulat, fragmentar, privind îndeosebi aspectul lor mai îndepărtat, și mai puțin faptele care vin în raport imediat. Asociațiile sunt modificate atât calitativ cât și cantitativ, fiind ușurate sau inhibate de sentimente. Niște noțiuni foarte importante, cum ar fi acelea de a trebui să rămână veșnic închis, de a pieri familia lui sau el însuși, nu găsesc ecou în gândirea sa, el rămâne indiferent la toate aceste posibilități.

Th.Freeman și C.E.Gathereole, deosebesc trei tipuri principale de perseverații: perseverarea impulsivă care constă în repetarea adecvată a unor mișcări obișnuite. Este ceea ce A.R.Luria denumește perseverare eferentă sau repetare impulsivă. Un al doilea tip de perseverare este cel ce apare ca rezultat al incapacității de comutare și, în fine, al treilea tip este perseverarea ideatorie. Aplicând teste psihologice variate pe un grup de 20 bolnavi de schizofrenie și 20 bolnavi cu sindroame demențiale senile, autorii constată că perseverația este prezentă la ambele grupe, dar răspândirea celor trei tipuri de perseverație este deosebită. Repetarea impulsivă s-a observat că apare cel mai fecvent și este mai bine exprimată la bolnavii de schizofrenie, în timp ce slăbirea capacității de comutare a reacțiilor la apariția unui nou stimul s-a observat cel mai frecvent la bolnavii cu sindroame demențiale organice.

Perseverarea ideatorie s-a observat cu o egală incidență atât la bolnavii de schizofrenie, ca și la bolnavii care prezentau sindroame demențiale de natură organică.

A.M.Skimkunas, M.D.Gynther, K.Smith, subliniază că Goldstein a propus tulburarea capacității de gândire abstractă la bolnavii de schizofrenie. Benjamin a introdus în practică cercetarea sistematică a proverbelor pentru determinarea nivelului gândirii abstracte. Autorii au cercetat bolnavii de schizofrenie cu această metodă înainte și după 5 săptămâni de terapie fenotiazinică. Cercetarea a arătat că posibilitatea de a trata proverbele este legată în mod principal de nivelul intelectual al bolnavului și nu de nivelul patologiei sale. Terapeutica, care duce la o scădere a exprimarii patologiei, nu are o influență esențială asupra posibilităților de a interpreta proverbele. Trebuie numai amintit, că la bolnavii cu o înaltă capacitate de abstractizare, descoperită înainte de terapeutică, însăși terapia mărește aceste posibilități, ceea ce nu se observă în grupa bolnavilor cu posibilități scăzute de gândire abstractă. În felul acesta interpretarea provebelor nu poate fi folosită ca test diagnostic în schizofrenie, ci mai curând acest test servește la determinarea idiosincraziei, excentricităților răspunsurilor și a relațiilor acestor răspunsuri cu

diagnosticul de schizofrenie, decât în scopul determinării caracterului abstract sau concret al gândirii.

R.C.Carson, a cercetat un număr de 48 bolnavi excitabili în vârstă de 18 - 45 ani, dintre care 24 sufereau de schizofrenie. S-au dat câte 10 cartonaşe cu diferite proverbe. Fiecărui cartonaş de bază i s-au adaugat 4 cartonaşe (subcartonaşe); primul conţinea gândirea abstractă a proverbului corespunzător, al doilea, proverbul cu aceeaşi importanţă ca şi prima, al treilea, înţelesul cuvânt cu cuvânt al proverbului; al patrulea, o exprimare care nu avea legătură cu proverbul.

Cartonaşele suplimentare au fost date celui explorat într-o anumită ordine. Bolnavul trebuia să determine relaţia fiecărui cartonaş cu proverbul (gândire abstractă, gândire concretă etc.) Cercetarea a arătat că bolnavii de schizofrenie alegeau cu plăcere cartonaşele care corespundeau exprimării gândirii abstracte. Cartonaşele cu înţelesul concret şi cu o abstractizare nedeterminată le-au ales şi grupa bolnavilor de control E.Brattemo, a studiat tulburările de generalizare lingvistică abstractă la 20 bolnavi de schizofrenie şi 20 cu depresii, utilizând proverbele. Răspunsurile au fost apreciate din punctul de vedere al conţinutului concret şi abstract cu luarea în considerare a vârstei şi nivelului intelectual. Nu se susţine presupunerea despre caracterul concret al gândirii în schizofrenie. Dimpotrivă, în grupa bolnavilor de schizofrenie predomină paralogiile şi gândirea abstractă.

Sugestibilitatea este scăzută, ceea ce face ca subiecţii, în special cei dotaţi, să nu se lase influenţaţi, să fie mai independenţi.

Frischhloz E.J. şi colab. (1992) au incercat să reproducă şi să extindă cunoştinţele anterioare privind hipnofizabilitatea în cazul a 4 grupuri diferite: 17 pacienţi cu tulburări disociative, 13 cu schizofrenie, 13 cu tulburări de afectivitate, 14 cu tulburări anxioase şi un grup de control (63 de subiecţi).

Hipnotizabilitatea a fost măsurată prin patru metode diferite: Hipnotic, Induction Profile, Standford Hipnotic Susceptibility Scale, Forme, şi două teste personale ale autorilor. Cum era de asteptat s-a găsit cel mai scăzut scor în cazul schizofrenilor şi cel mai crescut în cadrul celor cu tulburări disociative, restul observaţiilor fiind puţin semnificative. Rezultatele sugerează că măsurarea hipnotizabilităţii poate fi folositoare în cadrul diagnosticului diferenţial al tulburărilor disociative.

La schizofreni se notează anumite relaţii între gradul de inteligenţă şi autism. Astfel, dacă autismul nu apare decât la subiecţii cu scădere afectivă, aceasta la rândul ei, e agravată de evadarea din realitate. Deoarece gândirea logică reprezintă reproducerea asociaţiilor constituite de experienţa externă, slăbirea legăturilor asociative va îndepărta gândirea de experienţă, o va

îndrepta pe căi greşite, ajungând la o mare dezordine în gândirea logică. Astfel, uneori gândirea logică nu mai ajunge la sfârşit, răspunsurile bolnavului sunt dictate de motivaţii afective, se întâlnesc răspunsuri alăturea cu sensul logic al întrebării pentru toate întrebările care nu sunt în raport cu complexele.

Prin generalizarea acestui proces vor apare în mod dezordonat idei noi care vor generaliza capricii patologice din partea bolnavului. Unul din bolnavi nu visează altceva decât să vadă cascada de la Niagara, un altul se întreabă mereu dacă Sahara este tot în Africa. Tulburările ating un grad foarte accentuat când se rupe legătura între asociaţii şi direcţia logică. Bolnavii vor prezenta, pe lângă deficitul afectiv şi un deficit logic, şi rămân indiferenţi la cele mai mari contradicţii, activitatea lor dialectică este defectoasă.

La debut bolnavii îşi recunosc tulburările, se tem să nu devină nebuni, dar odată cu progresiunea bolii, conştiinţa stării morbide se aboleşte şi ea treptat. În această privinţă, bolnavii cu forme paranoide, în special în timpul remisiunilor, pot da foarte detaliate date asupra circumstanţelor de apariţie a bolii. Câteva exemple care ilustrează aceste tulburări: bolnavii cronici nu mai pot învăţa nimic, însă pot presta munci agricole foarte simple. Câţiva lucrează în micile industrii, însă necesită supraveghere. Ei pot fi adaptaţi chiar la o muncă de birou. Se citează cazul unui catatonic de ani de zile, care după aceea a învăţat limba engleza şi-şi câştigă existenţa traducând. În privinţa jocurilor, mulţi bolnavi nu sunt atraşi de ele, unii însă le acordă un interes egal cu al oamenilor normali.

Imaginaţia acestor bolnavi este grav perturbată în majoritatea cazurilor, ei nefiind capabili de a inventa ceva nou. La fel, talentele artistice sunt scăzute. În privinţa producţiilor poetice, lipseşte iniţiativa şi productivitatea, datorită unui aflux de idei disociate, se întâlneşte dezagregarea mintală, lipsa de coerenţă. Se citează totuşi câteva exemple în care productivitatea artistică ar fi favorizată de formele uşoare de schizofrenie (Schumann, Lenz, Scheffel, Van Gogh).

Conduita şi atitudinea

La aceşti bolnavi se întâlnesc bizarerii de atitudine. În legătură cu cauze minore, poate apare un exces de excitaţie sau de furie. Bolnavii sunt animaţi de ambiţii subrede sau unilaterale (or să devină poeţi reformatori).

În privinţa conduitei, se notează o serie întreagă de tulburări, cum ar fi: lipsa iniţiativei, a interesului, a unui scop determinat, ca şi neadaptarea la mediu, dislocarea spirituală, capricii neaşteptate şi originale. Aceşti bolnavi pot efectua în mod mecanic anumite munci; uneori nu se pot opri din lucru

(Kraepelin). Ei nu sunt capabili să facă operații complexe datorită scăderii intelectuale pe care o înregistrează. Puținii bolnavi care mai mențin o activitate pe plan intelectual, înclină spre studii neobișnuite și riguroase. Pe parcursul muncii pot apare baraje. Ei nu reușesc să-și câștige existența prin munca proprie, datorită multiplelor accidente morbide care intervin pe parcurs. Comportamentul lor este tot mai bizar și mai incoerent. Un anumit timp ei reușesc să pară normali, pentru ca la un moment dat să apară brusc decompensarea sub forma unui acces de furie sau tentativa de suicid. Acești subiecți sunt iritabili și excentrici, fapt care, alături de autism duce la ruperea relațiilor cu cei din jur și la izolarea lor completă. Unii bolnavi pot trăi toată viața nefacând altceva decât să lucreze, să doarmă, să mănânce și să bea. Când se încearcă stabilirea unor relații cu ei, devin fie grosolani, fie lenți, penibili, insuportabili. În final, autismul domină scena, bolnavii trăind ca într-un vis, în locul fixat pentru ei, fie deplasându-se în mod mecanic, fie stupizi și nemișcați, astfel că relațiile lor cu lumea înconjurătoare sunt reduse la minimum posibil. Într-un moment al evoluției apar tulburările accesorii care vor antrena un anumit comportament și conduita.

Simptomele accesorii. Pot fi tranzitorii sau de durată mai îndelungată, pot lipsi din tabloul clinic al bolii și se întâlnesc și în alte psihoze. Apariția lor determină acutizările din evoluția acestui proces cronic. Aceste simptome accesorii sunt manifestările clinice cele mai importante, dar nu tulburarea fundamentală a bolii.

Scrierea și limbajul

În cazurile ușoare de schizofrenie nu se întâlnesc perturbări ale expresiei, verbale sau grafice, ideile delirante fiind exprimate corect. În formele grave însă, aceste tulburări se traduc prin baraje, incoerență, săracire ideologică, deliruri. Tulburările afective din gândurile bolnavului se exprimă cu ajutorul limbajului. Tendința de a vorbi a bolnavului suferă adesea modificări, prin faptul că o persoană prezentă din anturaj îi este necesară pentru a putea vorbi, fără însă a aștepta vreun răspuns, ei își satisfac doar nevoia de a vorbi. Unii bolnavi vorbesc, fără a spune de fapt nimic Se descriu tiradele patetice, în care bolnavul vorbește mult, aproape neîntrerupt, incoerent, cu o aparentă afectare, cu ton rugator sau plângăreț, de predică sau de apostrofare vehementă (O.Bumke).

S-a constatat (Chapin și colab.,1992) că reacțiile verbale la schizofreni sunt semnificativ mai lente decât în cazul subiecților normali. Acest lucru a fost demonstrat prin intermediul unui test în care un grup de 45 de schizofreni din

diverse subtipuri şi 15 subiecţi de control au avut de rezolvat un test special în care s-a măsurat viteza de reacţie. În acelaşi timp, nu s-au observat diferenţe nete între diferitele subgrupe de bolnavi.

În agitaţia catatonică, bolnavii pun numeroase întrebări celor din anturaj, fără a mai asculta răspunsurile. Se poate asista şi la situaţia inversă, bolnavi care intra în mutism, oral sau grafic, în special în stările stuporoase. Starea de mutism este forma verbală a negativismului. Chiar dacă durează luni, ani de zile, stupoarea nu este niciodată absolută, diferind în funcţie de comportamentul bolnavilor: unii sunt inerţi, alţii fac semne; ei răspund cu privirea sau prin roşeaţa feţei.

Studiile asupra tulburărilor în vorbire făcute de Bleikhler (1993) au dus la concluzia că aceste defecte pot fi diminuate printr-o mai mare competenţă în sfera comunicativă a interlocutorului, prin realizarea unei cooperari medic - pacient mai bune.

Caracterele motorii ale cuvântului nu sunt interesate. Forma modalităţilor de expresie poate fi corectă sau poate prezenta anomalii ce cuprind toate formele posibile de expresie, anomalii mascate uneori de anumite jocuri de cuvinte.

G.Otremba, relatează un număr de 7 cazuri de psihoză, care după clasificarea lui Leonhard, se referă la catafazie. General pentru toate cazurile apare tulburarea de gândire şi vorbire. Paralogiile adesea duc la disocierea gândirii, iar în unele cazuri la incoerenţă. În cercetarea tulburărilor de limbaj înainte de toate se vor descoperi neologisme, înlocuiri de cuvinte, iar para şi agramatismele se vor întâlni mai puţin frecvent; încă şi mai rare vor fi înlocuirile de cuvinte.

R.M.Hamlin, R.E.Jones, subliniază că cercetarea nivelului intelectual la bolnavii de schizofrenie arată că dezvoltarea mintală rămâne în medie la 20 luni în comparaţie cu normalul. În formele paranoide şi catatonice rămânerea poate fi cu câteva luni mai mică iar în formele hebefrenice şi nediferenţiate, înapoierea este şi mai evidentă.

Autorii au efectuat compararea nivelului intelectual al bolnavilor ce se aflau într-o remisie mai mult sau mai puţin exprimată şi bolnavii cronici fără o ameliorare a situaţiei. S-a remarcat o diferenţă de stimulare a comportamentului şi a productivităţii generale între cele două grupe. Autorii, de asemenea, au cercetat la cele două grupe de bolnavi, diferenţele în ce priveşte stocul lingvistic.

R.Ruzickova, D.Bily, Muhnankova, descriu apariţia bolii la 20 bolnavi de schizofrenie cronică, deosebind două tipuri de tulburare a vorbirii. În prima grupă sunt descrise aşa numitele neologisme active (în sensul lui Seglas).

Acestea sunt, fie neologisme care apar în prezența halucinațiilor sau un întreg sistem de neologisme, pe care bolnavul le prelucrează rațional. În aceste tulburări limbajul nu apare disociat, fără legătură. În a doua grupă, dimpotrivă, se constată disocierea limbajului, un mare număr de neologisme și agramatisme (neologismele pasive, după Seglas).

R.Ruzickova, D.Bily, A.Vuhnankova, au efectuat cercetări clinice și experimentale pe un număr de 20 bolnavi suferind de schizofrenie cronică cu tulburări de vorbire (**schizofazia**) și la 20 bolnavi cu afazie expresivă și amnestică.

Bolnavii de schizofrenie au fost împărțiți în două grupe: prima grupă se caracteriza prin posibilitatea de a forma neologisme stabile în lipsa unei incoerențe manifeste a limbajului, prin păstrarea unei bune capacități de munca și a unui comportament adecvat. În a doua grupă agramatisme instabile și iraționale, și improvizații cu caracter de neologisme; de la debutul bolii s-au observat incoerențe ale vorbirii și simptome catatonice. Comportamentul bolnavilor era mai puțin adecvat, capacitatea de muncă scăzută în mod important. La toți bolnavii de schizofrenie cu tulburări de vorbire s-au evidențiat și tulburări profunde ale proceselor de gândire. S-a studiat problema interrelatiilor dintre nivelul intelectual premorbid și gradul de incoerență a vorbirii în ultimele stadii ale bolii, și de asemenea, influența eredității asupra evoluției bolii. Autorii consideră că schizofazia apare ca fază terminală a schizofreniei, cel mai adesea al formelor catatonice și paranoide. Datele cercetărilor de laborator și la bolnavii din grupa de control se deosebesc în mod esențial; la bolnavii de schizofrenie nu s-au evidențiat tulburări ale limbajului de tip afazic.

În ce privește tonalitatea, se pot întâlni modificări de modulație, sau absența intonației. Cuvintele pot fi spuse cu voce anormal de joasă sau foarte înaltă, șușotite, lente sau rapide, uneori se reduc la o mormăiala de neînțeles, putându-se transforma în limbaj halucinatoriu. Se poate observa uneori o relaxare copilăroasă a limbajului, vorbire puerilă, cu articulare imperfectă și negramaticală, folosirea exclusivă a infinitivelor. Din subiectele spre care deviază bolnavul se poate deduce uneori importanța complexelor sale. Unii bolnavi imită vorbirea unor străini care nu vorbesc bine limba română. În acest sens, o bolnavă afirma, cu accent german și agramatical, că mama sa îi spune: "Nu iubesc tine, Nina iubesc". La fel, un bolnav care vorbea cu accent britanic.

Cenac descrie în 1925 **glosolalia**, în care bolnavul vorbește cu un limbaj artificial, personal și secret. Alteori, cuvintele bolnavului sună goale, absente, așa cum vorbesc de obicei oamenii în somn. Se întâlnesc anomalii de limbaj, cum ar fi stereotipiile (verbigerația) care preced "manierele". Ele constau în

repetarea monotonă, fără sens a unor părţi de propoziţie sau, uneori, propoziţii legate prin rime, cu conţinut coprolalic sau ecolalic.

Legătura dintre concepţiile bolnavului şi exprimarea lor prin cuvinte este foarte slabă, întâlnindu-se bolnavi foarte inteligenţi care folosesc un limbaj incoerent, sau invers, bolnavi care, deşi cu tulburări mari ale ideaţiei, au un limbaj satisfăcător. De aceea, în schizofrenie este necesar a diferenţia incoerenţa cuvintelor de aceea a ideilor. În verbigeraţie cuvintele îşi pierd treptat sensul, ajungând în final la o însuşire de cuvinte fără nici un înţeles (Kraft Ebing).

Aceste tulburări nu trebuie deosebite de tulburările de limbaj din vise.

Kraepelin a făcut un studiu asupra acestora din urmă, arătând că există o serie de observaţii subiective în vis, şi o serie de observaţii obiective ale schizofrenilor.

În limbajul schizofrenilor se pot întâlni neologisme, care de obicei nu se folosesc după regulile obişnuite ale limbajului, dar pot fi înţelese.

Bleuler arată că unele neologisme apar din necesitatea de a exprima anumite concepte noi, trăiri deosebite, proprii procesului schizofrenic, de obicei delirante, şi acesta ar fi un indiciu al evoluţiei îndelungate. Însă aceste neologisme se pot întâlni şi în debutul unei psihoze. Unele cuvinte noi sunt rezultatul unei condensări. Un paranoid numea discuţia cu mai multe persoane "policuţie", iar o bolnavă considera că i se introduc în corpoxice, denumite "cobrazive". Din construcţia frazei, propoziţiei, se pot deduce raporturile greşite dintre idei, chiar atunci când cuvintele folosite sunt corecte sau când neologismele nefolosite în mod curent, au o rădăcină corectă.

Neologismele pot apare în stările interminale şi cu incoerenţă, în care caz au caracter incidental sau nerepetabil, spre deosebire de cele de la paranoizi, care au persistenţă. Adeseori se întâlnesc paraagramatismele, constituite din greşeli gramaticale (Bleuler).

Uneori un gând poate fi exprimat printr-o frază anormală: "Nu există în mine nici o prezenţă a absenţei spiritului". Un alt bolnav vorbeşte despre "dureri catolice", adică provocate de infirmierele catolice. Deoarece la aceşti bolnavi gândirea nu este prea clară, nici exprimarea lor verbală nu va fi normală, se ajunge chiar la incoerenţa verbală, însă ei sunt convinşi că limbajul lor este înţeles de cei din jur. Expresia celor mai grave tulburări de limbaj este săracă de cuvinte. Alteori, bolnavii construiesc un adevărat limbaj artificial cu ajutorul neologismelor şi-l prezintă auditoriului ca o limbă străină.

Confuzia verbală a fost descrisă în 1913 de E.Kraepelin, care a numit-o apoi, dupe E.Bleuler, schizofazie. Este vorba de o înşiruire de neologisme, vorbire total neînţeleasă, expresii neadecvate, fraze incoerente, însă cu o formă

gramaticală corectă. În aceste cazuri bolnavii păstrează funcțiile psihice, relativ bune, ca și comportamentul. E.Kraepelin descrie nevoia bolnavului de a vorbi, în cadrul conversațiilor însă solilocvia întâlnindu-se foarte rar. În psihiatria sovietică s-a descris "simptomul monologului" în care bolnavii, de îndată ce li se pune vreo întrebare, încep să răspundă corect, pentru a devia apoi spre un discurs de neînțeles.

Kleist, a încercat să izoleze schizofazia ca entitate nosologică, însă ea rămâne o formă terminală, fiind rezultatul evoluției schizofreniei paranoide (A.V.Snejnevski).

H.Ogura, a studiat simptomul monologului la trei categorii de bolnavi. La prima categorie de bolnavi a constatat fenomene obsesivo-fobice verbale, bolnavul având impresia că cineva îl ascultă, fenomen cunoscut și descris de către P.Janet, sub denumirea de **sentiment de devinement**. A doua categorie se caracterizează printr-un dialog halucinator. A treia categorie este ideea de influență; bolnavul are impresia certă că nu el vorbește ci altcineva. Trăsătura generală: apare imposibilitatea de a descrie clar trăirile subiective, "experiența" sa, sau tendința către automatisme psihice. Printre altele, monologul automatic intră în cadrele autismului, a îndepărtării de către lumea reală, a vidului pe care-l tăinuiește acest monolog. Autorul consideră că simptomul monologului trebuie studiat de pe poziția funcției personale a cuvintelor. Dacă monologul se exprimă verbal, el are o funcție comunicativă, în caz că nu se comunică, atunci înseamnă o izolare, retragere din lumea reală. În aceasta ar consta contradicțiile monologului. Se poate afirma că monologul constituie un joc sui generis de cuvinte și înțelesuri, o verbalizare particulară. Aceasta este o reprezentare oarecare, ce descoperă ca un strat cuvintele goale. Autismul și ambivalența sunt componentele obligatorii pentru a înțelege aspectele interpersonale ale monologului.

M.Hammer, K.Salzinger discuta neobiectivitatea metodelor obișnuite pentru evidențierea abaterilor (scăderilor) sociale, a lipsei criteriilor fine de diferențiere a normalului de patologic.

Se consideră că studiul limbajului bolnavilor poate da relații importante asupra comportamentului bolnavilor. S-a stabilit, aplicând analiza lingvistică, că la bolnavii de schizofrenie cuvintele se repetă mai frecvent, au un caracter mai stereotip. Se remarcă de asemenea, ca nivelul de instrucție influențează asupra indicelui Jule stabilit, la fel influențează factorii vârstă, situația profesională, proveniența.

K.Salzinger, S.Portnoy, R.S.Feldman, utilizând metoda conversației care, deși are dificultățile sale care țin atât de bolnav, cât și de experimentator, se introduce în sfera sa afectivă, în conversația cu bolnavul; la sfârșitul

conversației amintindu-și cuvintele bolnavului, adesea fără să vrea se strecoară din memorie acela care susține concepția sa aprioricâ. Se dă bolnavului să înceapă povestea, de exemplu cu cauza internării și se ajunge la un monolog liber. Metoda constă în aceea că din textul de cercetat la alegere, după o lectură cu glas tare, se înlătură diferite cuvinte, care se încearcă a fi restabilite în locul lacunelor. Indicele de ghicire corectă a cuvintelor arată gradul de comunicativitate a gândirii, a accesibilității sale pentru ascultător; el vorbește de asemenea asupra capacității de reținere a asociațiilor, a lanțurilor de reacții verbale ale celui cercetat.

S-au cercetat 13 bolnavi de schizofrenie și 12 normali. S-a constatat că au fost ghicite cuvintele corect în primul și al doilea fragment al monologului. La persoanele suferind de schizofrenie el a fost ceva mai scăzut în primul fragment și mai important în al doilea.

Datele obținute arată că la bolnavii de schizofrenie încă acționează montajul cercetătorului, îndreptând mersul gândirii, limbajul deosebindu-se puțin în ce privește comunicativitatea de limbajul oamenilor normali. Când se epuizează această "ustanovka" și bolnavul urmează mersul gândirii sale, comunicativitatea limbajului scade în mod important.

Această acțiune favorabilă care direcționează activitatea psihică a bolnavului de schizofrenie sub influența experimentatorului se observă și în alte situații în clinica schizofreniei.

Manifestările grafice prezintă aceleași tulburări ca și ale expresiei verbale. Scrierile schizofrenilor conțin anomalii și sunt presarate de date și locuri. Anomaliile de stil apar frecvent sub forma stilului telegrafic, sau cu baraje, cu lacune. Forma scrierilor este bizară atât în privința hârtiei și cernelii folosite cât și a dispoziției spațiale, manierismul trăsăturilor. Se pot nota stereotipii, perseverări de cuvinte. Se descriu serii de scrieri cu aceeași formă și conținut, trimise de bolnav medicului sau altei persoane. Catatonicii pot umple coli întregi cu câte un cuvânt repetat pe verticală și orizontală. În general, grafologia ajută mult în precizarea diagnosticului de schizofrenie.

Simptome motorii. Clinicienii pun mare preț pe semnele motorii în cadrul simptomelor schizofreniei. Unii autori descriu catatonia sub aspectul sau pur motor.

Schuele arată că aceste tulburări au localizarea la baza creierului în cadrul teoriei neurologice a schizofreniei, Wernicke considera că aceste simptome traduc tulburări elementare pur motorii. Pe de altă parte, se observă o disociație generală și e puțin probabil să coexiste aceste două categorii de tulburări. Există cazuri în care bolnavii care nu pot sta în picioare, pot să facă mișcări de locomoție puternice, coordonate și complexe, sub influența unui

excitant psihic. O tulburare psihică generală poate induce o serie de tulburări apraxice, tulburări de mers (asinergie în mişcările mâinilor şi picioarelor). Se observă fibrilaţii musculare, îndeosebi la faţă, considerate ca un semn de cronicitate.

R.Lemke (1955) a descris o serie de microsimptome neurologice, printre care şi tremurături ale degetelor şi anomalii ale rezistenţei electrice a pielii. Apariţia tremurăturilor este legată de afectivitate. Foarte rar, apar paralizii organice, foarte greu de inclus în simptomele accesorii ale schizofreniei. Alteori, se observă paralizii de origine psihogenă, isterică. Pot apare baraje şi pe plan motor.

P.Abely, în 1960, utilizând ca excitant frigul, a observat abolirea reflexelor cutanate abdominale şi a reflexului cremasterian şi polimotor. Uneori se întâlnesc tulburări ale reflexelor pupilare: midriaza, mioza sau pupile inegale. O.Bumke a studiat amănunţit modificările pupilelor. Omul normal reacţionează la diferiţi stimuli (tactili, olfactivi, gustativi) prin nelinişte pupilară. La schizofreni aceasta nu se mai întâlneşte, fiind urmată de dispariţia psihoreflexelor şi, în final, a midriazei, chiar la stimuli dureroşi. O.Bumke arată că acesta e un semn precoce, întâlnindu-se de asemenea la toţi bolnavii cronici, iar în perioada de stare a bolii, la 60% din cazuri. Acest semn însă, datorită proceselor cerebrale organice, este comun schizofreniei, demenţelor şi a oligofreniilor. A.Westphal, observa în catatonia stuporoasă o rigiditate pupilară, cu pupila fixată în mioză sau midriază, şi uneori cu deformarea conturului sau. Semnul Argyll-Robertson poate fi prezent. Alte tulburări ce se pot întâlni, sunt: paresteziile şi hipersteziile, cefaleea, vertijele, paragnoziile.

J.K.J.Kirchhof, pe baza analizei cinematografice a reacţiilor mimice la 149 bolnavi de schizofrenie, stabileşte unele legităţi ale exprimarii mimice, care le corelează cu tipurile constituţionale kretschmeriene (expresia de mască a feţei la bolnavii catatonici cu predominanţa constituţiei leptsome sau displastice se schimbă rar în grimase sau în mişcări rapide şi iraţionale paramimice).

La bolnavii cu schizofrenie simplă predomină structura dizarmonică a feţei şi săracia mimicei. La bolnavii schizofreni cu depresie alături de constituţia piconică a feţei se observă mişcări mimice întunecate, vide. Destul de frecvent se întâlneşte la bolnavii de schizofrenie faţă cu o asimetrie neobişnuită (20%) sau, dimpotrivă, faţă simetric patologică (10%) care evoca imagini arahnoid-infantile. Hiperkineziile (grimasele şi mişcările paramimice etc) survin episodic; mult mai constante apar aşa numitele stereotipii, care se localizează cel mai frecvent în partea superioară a feţei. Autorul neagă asemănarea deviaţiilor mimice cu hiperkineziile subcorticale sau cu

simptomele akinetice; nu se poate pune problema identității dintre aceste fenomene. Expresia mimică a feței bolnavilor prin alte boli se deosebesc de cele ale schizofreniei. Pe măsură ce boala evolueaza mimica bolnavilor se disoluționează și este bine exprimată în evoluția simplă a displasticilor. Caracteristice apar asocierile sui generis ale modificărilor paretice în sfera ovală cu îndreptarea constantă a mimicei spre regiunea frontoorbitală.

Crizele, se pot produce, fie prin intervenția unui factor psihic declanșator pe un teren organic prestabilit, fie sub acțiunea unui factor organic ocazional. Tot pe plan somatic general, se notează **atacurile apoplectice** (Morawitz) însoțite de pierderea cunoștinței, semnul lui Babinski și uneori crize de epilepsie. Aceste accese epileptice în schizofrenie au fost descrise încă de Kraepelin și Bleuler.

În ce privește explicația lor, pot fi simptomatice după operațiile de leucotomie, electrosocuri, și foarte rar apar ca manifestare a unei boli epileptice. În schizofrenia veche apare o epilepsie tardivă, de natură vasculară. Din punct de vedere psihic trebuie semnalate crizele isteriforme, destul de dese.

Kahlbaum include în cadrul simptomelor somatice **râsul** și **plânsul spasmodic**. Bleuler le consideră ca o manifestare a complexelor inconștiente. Uneori se observă sughitul. Până în prezent nu se știe dacă toate aceste tulburări sunt de origine psihică sau somatică. În ce privește frecvența acestor tulburări somatice, Laubi le găsește la schizofreni mai numeroase decât la subiecții normali, dar mai puține decât la idioți și epileptici.

Simptomele catatonice au fost descrise de Kahlbaum. Problema esenței și diferențierii stărilor stuporoase este deosebit de complexă și nu are în prezent o rezolvare unică în psihiatria contemporană. Așa cum subliniază P.Abely și J.Richardeau, se deosebesc mai multe tipuri și forme stuporoase: stuporul catatonic, emotiv, isteric, maniacal, melancolic, epileptic etc. În toate formele și stările stuporoase au loc importante modificări ale sferelor afective, emoționale, instinctive și, probabil se petrec și procese de blocaj intelectual.

Stările stuporoase de obicei apar acut, frecvent după stări de stress, după trăirea brutală a unor scene de groază (frică), după rememorări intensive și neobișnuite. Factorul esențial al acestor stări este apariția lor brutală și variabilitatea duratei lor în timp. În deosebirea stuporului de alte stări similare există greutăți necondiționate ca de exemplu deosebirea stuporului de stupiditate. În primul caz are loc o dinamică de trecere de la torpoare la stupor. Stupiditatea presupune o încetinire a proceselor psihice și afective. Pentru apariția stupidității nu este obligatorie apariția sa brutală. Autorii de mai sus consideră stuporul ca o reacție de blocare a funcțiilor motorii care survine ca

răspuns la un stress psihic puternic şi neaşteptat. Cel mai frecvent factorii stressanţi apar din exterior, însă stress-ul reprezintă o reacţie de tip instinctiv-emoţional şi mai mult decât atât o reacţie ideo-afectivă în care sunt angajate toate structurile personalităţii. Stuporul catatonic apare ca o consecinţă a inerţiei şi negativismului.

Comportamentul catatonic exprimă discordanţa psihomotorie şi se află pe primul plan în clinica catatoniei şi hebefrenocatatoniei (H.Ey). În forma catatonică a schizofreniei se întâlnesc frecvent: o stare particulară a motilităţii, stupoare, mutism, stereotipii, manierism, negativism, automatism, impulsivitate. O parte din aceste simptome se întâlnesc la peste jumătate din cazurile de schizofrenie, fenomenele catatonice apărând şi din celelalte forme clinice, iar în formele terminale de boală, imprimă o pecete particulară.

În ultimul timp se conturează din ce în ce mai pregnant ipoteza că există o serie de asemănări între simptomele catatonice, astfel încât separarea convenţională a celor 2 simptome tinde să fie revizuită. McKenna P.J. şi colab. (1991) au demonstrat acest lucru pe un lot de 75 de schizofreni aratând că se pot face o serie de corelaţii între semnele catatonice şi chiar alte tipuri de tulburări neurologice, problema ramânând deschisă pentru analiză.

Catalepsia se caracterizează prin facies rigid şi menţinerea unei aceleiaşi atitudini timp îndelungat, pe fondul unei rigidităţi musculare, care nu este o hipertonie musculară propriu-zisă. Predominanţa hipertoniei pe anumite grupe musculare determină o serie de poziţii particulare: "perna psihică", încleştarea dinţilor, strângerea spasmodică a buzelor, închiderea strânsă a ochilor. La mobilizările pasive bolnavii opun o oarecare rezistenţă. Catalepsia este un fenomen complex, în determinarea căruia intervine un factor psihic preponderent sau în totalitate. Bolnavul îşi poate menţine atitudinea impusă de noi uneori luni de zile. Redoarea în anumite cazuri este "lemnoasă". Se pot întâlni sincinezii. În afara de forma rigidă a catalepsiei descrisă mai sus, se întâlneşte şi o formă ciroasă, caracterizată prin pasivitate şi păstrarea atitudinilor. În formele uşoare bolnavii pot executa mişcări spontane rare şi lente, stângace, dificile. Se observă adesea o tensiune musculară, în special la buze, observată atunci când bolnavului i se cere un răspuns, când, după numeroase eforturi, abia scoate un murmur. S-ar putea crede că este vorba despre o inhibiţie sau o lentoare, însă atitudinea cataleptică are o semnificaţie psihologică profundă, apărând sub influenţa factorilor psihici interni sau externi. Astfel, în cazurile grave catalepsia apare la bolnavi numai în legătură cu anumite lucruri.

Trebuie amintit aici şi faptul ca halucinaţiile pot induce o dificultate sau imposibilitate a mişcărilor.

Stupoarea apare în urma reducerii generale a funcțiilor psihice, determinată fie de o suspensie, fie de un baraj generalizat, sau de un dificit de interes, de afectivitate, de voință, fie de negativism sau autism. Ziehen îi dă o definire precisă: aprosexie, inhibiția gândirii și lipsa mișcărilor. Stupoarea variază în funcție de complexele bolnavilor. Ea nu este totdeauna totală.

Acatisia constă în imposibilitatea bolnavului de a păstra poziția șezândă, caracterizată printr-o tulburare a activității psihomotorii. În cadrul schizofreniei este de fapt un efect secundar administrării de neuroleptice.

Rapoport A. și colab. (1994) au arătat că această definiție este inexactă, sindromul conținând și mișcări stereotipe, periodice și regulate apărând în diverse segmente ale corpului.

Autorii, experimentând pe un lot de 6 schizofreni cronici cu acatisie au sesizat că diagnosticul clinic al bolii poate fi susținut paraclinic prin măsurători accelerometrice, aceste tehnici fiind de ajutor și în cazul diagnosticului diferențial.

Hiperkineziile sunt stări opuse celor descrise până acum, considerate de Wernicke ca o boală aparte, cu manifestări de excitație psihomotorie. Aceste mișcări posedă o serie de caracteristici: capriciu, automatism și stereotipie în cadrul agitației catatonice, O. Bumke citează și accese catatonice: tăvălire pe jos ore întregi printre mese și scaune, mișcări ritmice ale mîinilor și picioarelor, care se pot confunda cu isteria, datorită aspectului lor șarjat și patetic, aruncarea ritmică în sus, pe pat.

Stereotipiile, sunt prezente în toate laturile activității psihomotorii. Ele sunt constituite din atitudini, mișcări, acte coordonate fixe și repetate într-o formă imuabilă. După E.Bleuler, stereotipiile sunt: de opoziție, de loc, de expresie, acțiuni repetate cu identitate fotografică, stereotipii de vorbire, printre care verbigerația în scris, desene stereotipe și, în fine,stereotipii ale gândirii și halucinațiilor. Câteva exemple în acest sens: unii bolnavi stau ani de-a rândul în aceeași poziție bizară și incomodă, în același loc din salon sau curtea spitalului, alții execută zilnic acte complexe, incomprehensibile; astfel, o bolnavă internată, deschide în fiecare zi ușa de la cabinetul medicului și întreabă: "când mă dați afară", apoi se întoarce în salon, fără a aștepta răspuns. S-a descris destul de frecvent "botul schizofrenic", o formă de stereotipie a expresiei mimice: bolnavul își proiectează permanent buzele anterior. O serie de expresii paradoxale care apar în mimică sunt paramimiile. Se socotește caracteristic râsul discordant, straniu și fără motiv. Dezintegrarea mimică (T.Spoerri, H.Heiman), constă în mișcări izolate ale unor porțiuni ale feței, ceea ce face ca unitatea expresiei mimice să se piardă. H.Ey descrie gesturile

bolnavului încetinite, schițate sau mecanice, ca la o marionetă, iar Kraepelin observa "pierderea grației", datorită aspectului sacadat al gesturilor.

Stereotipiile sunt dependente de factorii externi sau interni. De exemplu, ele pot varia sub influența lucrurilor auzite sau văzute. Bolnavii adoptă o atitudine foarte variată în explicarea acestor mișcări: unii le fac "pentru a avea o ocupație", alții "pentru a salva religia" etc. Aceste mișcări repetate și iterative duc la o serie de efecte somatice: o anumită atitudine, poziții incomode, tulburări circulatorii, contractură de tip Dupuytren. Pot traduce dorințele exprimate în verbigerație. De multe ori stereotipiile se reduc, se rezumă, se schematizează, astfel că uneori nu mai pot fi recunoscute.

Manierismele

Ziehen le-a denumit stereotipii de modificare; E. Bleuler a vorbit despre "pozarea" bolnavului într-un personaj important, modificări ale mersului, spălatului, îmbrăcatului, care sunt altfel decât la oamenii sănătoși. Deseori bolnavul ia atitudini împrumutate, mimează. Exemplul cel mai semnificativ în acest sens este cel al unui bolnav care și-a modificat tot comportamentul său, chiar și scrisul, după Bismark. Aceste mofturi nu sunt adecvate situației sau mediului în care apar, au un caracter afectat, scenic, aproape caricatural, și de obicei, nu pot fi înțelese de cei din jur. Astfel, unii iau de șapte ori în furculiță alimentele înainte de a le duce la gură, alții se învârtesc de trei ori în jurul scaunului și apoi se așează, suflă de trei ori în pahar înainte de a bea, când dă mâna cu cineva, o întinde într-o poziție neobișnuită.

Manierismele se observă cel mai bine în gesturile pe care le fac la masă și în ceea ce vorbesc; ei întrebuințează diminutive, intonații, strigăte, singularități, grimase, ritmuri bizare, cuvinte străine cu o anumită particularitate în tonul vorbirii, în alegerea expresiilor.

Negativismul

H.Gruhle și W.Mayer-Gross includ acest fenomen printre tulburările de voință. Bolnavii fac invers decât ceea ce se așteaptă de la ei (negativism activ) sau nu fac ce se așteaptă de la ei (negativism pozitiv). Când i se solicită o reacție pozitivă, răspunde printr-o reacție negativă și invers.

Negativismul deci, poate fi pasiv sau activ. Negativismul are un caracter sistematic, de aceea putem utiliza reacțiile bolnavului în ce sens dorim. El este unul din factorii care vor determina răspunsuri alăturea cu sensul logic al

discuției. Catatonicii nu reacționează la nici o încercare de apropiere, dacă li se vorbește, privesc într-un colț sau se îndepartează. Tot în cadrul sindromului catatonic se descrie stupoarea negativistă, care constă în contracția reflexă a mușchilor bolnavului, pentru a opri mișcările pasive impuse de medic. Acești bolnavi negativiști pot refuza mâncarea, dar, în mod bizar, manâncă din farfuria altui bolnav. Un mod simplu de a evidenția negativismul este să întindem mâna bolnavului: el răspunde ducându-se mâna la spate sau sub pătură. Negativismul poate fi modelat prin convingere în cazurile ușore de boală. Cea mai potrivită atitudine în fața negativismului este însă indiferența și răbdarea. Uneori, negativismul îmbracă forma unei "stări de șicană" în care bolnavul, crezând că dreptatea este de partea lui, neagă totul, neagă lucrurile interne în cadrul negativismului intern și pe cele externe în cadrul negativismului extern. Bolnavii dau dovadă de spirit critic, asfel dacă o ușă e închisă, ei trebuie s-o deschidă. La fel, după ce împletesc puțin, strică tot ce au lucrat. Negativismul intern se manifestă și în halucinații care comandă sau interzic actele bolnavului în așa fel încât el nu poate face ce ar vrea (Kraepelin).

Aceste manifestări ale negativismului se deosebesc foarte greu de "apraxiile organice", întâlnindu-se o serie de manifestări intermediare între negativism și apraxie. În aceste cazuri, în timp ce o parte din mușchi lucrează pentru îndeplinirea acțiunii propuse, o altă parte împiedica sau complica acțiunea primilor, printr-o acțiune antagonistă.

Meschede citează un exemplu în care bolnavul când vrea să privească la stânga nu întoarce capul, ci numai ochii. Sau exemplul lui Bleuler în care bolnavul execută gesturile pentru a cînta la pian dar își îndreapta încheietura mâinii astfel, încât să nu atingă clapele. Pe plan intelectual, negativismul se manifestă printr-o atitudine de contradicție. Negativismul nu apare ca un sentiment fundamental, ci însoțește de obicei o stare afectivă, excitația maniacă, depresiunea, inafectivitatea.

Negativismul poate fi cauza sau consecința furiei și iritabilității. El mai poate varia în funcție de circumstanțe și de persoane, dar cel mai evident, în funcție de complexe.

Ecopraxia

Bolnavii se supun mecanic sugestiilor din afara, fără să le poată rezista.

Ecopraxia sau ecochinezia constă în repetarea de către bolnav a gesturilor interlocutorului sau al celor din jur, iar economia, imitația mimicei. Ei execută ordinele scurte și precise chiar împotriva voinței lor.

Kraepelin crede că aceste fapte sunt cuprinse în cadrul "flexibilității ciroase". De exemplu, când i se vorbește unui catatonic de somn, acesta închide ochii. Ca fenomene de supunere automată, sunt considerate unele forme de imitație patologică. Astfel, în cadrul ecolaliei bolnavul repetă întrebările, frazele, cuvintele auzite de la interlocutor sau alte persoane.

Ecolalia poate fi mintală (Baillet), când bolnavul repetă în gând tot ce aude, sau ecolalie halucinatorie, în care schizofrenul își repetă halucinațiile. Tulburările acestea sunt adeseori legate de negativism.

Actele automatice

Tendințele interne sunt acelea care pot să determine un automatism al actelor simple. Actele automatice sunt de mai multe feluri după importanța și modalitățile asociațiilor perturbate:

- bolnavul pe deplin conștient își rupe îmbrăcămintea. El nu poate preciza motivul acestui act, dar știe că-l face și vrea să-l facă;
- sparge un geam, este conștient de acest fapt, dar nu vrea să-l facă. Motivul, ca și sugestia, nu sunt conștiente;
- bolnavul se zbate împotriva impulsului care se naște. El are sentimentul că se ridică împotriva unei forțe din afara lui. Aceasta este lupta dintre tendință și eu;
- un schizofren catatonic se deda la tot felul de acte impulsive. După ce s-a sfârșit accesul, el declara că a fost condus de o forță și considera că acest fapt este normal;
- acțiunea este executată de membre, mușchi, dar aceștia sunt puși în mișcare de "ei", de alții.

Executarea acestor acte nu ține de conștiință. Bolnavul vrea, dar nu simte că decizia lui a dus la executarea actului;

- organele și mușchii lucrează pe cont propriu.

Aici se întâlnesc scrierea și limbajul automatic pur. Abia această ultimă grupă de acte sunt automatice, în adevăratul sens al cuvântului.

Automatismul poate cuprinde și procesele psihice. Pe plan psihic, automatismul se caracterizează prin aceea că gândirea scapă bolnavilor, își pierde caracterul spontan și subiectiv. Se impun în schimb amintirile. Totul se petrece ca și cum ar exista o "forța" în afara lor care gândește. Automatismul pe plan afectiv se caracterizează prin stări afective ce nu-și recunosc o cauză bine definită, sau prin expresii fără conținut. Râsul și plânsul schizofrenic au un caracter automatic. Râsul poate fi, fie periferic, atunci când bolnavii simt că

vor să-şi acţioneze muşchii, dar nu să râdă, fie că poate izbucni când se face vreo aluzie la complexul lor. Bolnavii înşişi pot uneori să remarce relaţia dintre complexul lor şi râs. Diferite alte funcţii pot scăpa de sub influenţa conştiinţei, ceea ce face să apară sentimentul de înstrăinare, atribuirea acestor acte unor influenţe din exterior. Automatismul nu are nici o relaţie cu afectivitatea. În ce priveşte reacţiile bolnavilor faţă de aceste automatice, uneori bolnavii le recunosc caracterul morbid.

Comportamente impulsive

Un număr de bolnavi fac descărcări automate de excitaţie, care pot dura câteva secunde, câteva ore şi rar, câteva zile. Schizofrenii mai pot prezenta crize impulsive asemănătoare cu sentimentele impulsive ale oamenilor normali, în virtutea cărora un jucător de cărţi ghinionist sparge o cană sau îşi pălmuieşte vecinul. În fine, orice ideie din capul bolnavului se poate traduce printr-un act impulsiv. Schizofrenii pot avea impulsuri omucide, imprevizibile şi de neînţeles pentru oamenii normali, sau explicate prin halucinaţii sau delir. Actele impulsive care apar la oameni consideraţi normali, au o mare importanţă diagnostică atunci când apar ca prima manifestare a unei schizofrenii latente.

Periculozitatea pentru mediul bolnavului apare şi în cazurile de identificare greşită a persoanelor din jurul acestuia. Acest tip de iluzie este asociat mai frecvent cu comportamentele violente (Silva şi colab., 1994).

Comportamentul agresiv al unor schizofreni şi nu numai este conştientizat de către opinia publică mai ales prin mediatizarea unor tentative de asasinat asupra unor personalităţi bine cunoscute. În acest mod se formează o barieră, o reacţie de respingere între societate şi bolnav în mare parte datorită ideilor preconcepute. Automat, reintegrarea socială, element esenţial în vindecare, este semnificativ frântă (Angermeyer,1990).

În cazul schizofrenilor s-a constatat că în inducerea delicvenţei şi a comportamentului agresiv, doi factori de risc foarte importanţi sunt alcoolul şi drogurile. (Soyka şi colab., 1993).

Uneori schizofrenia poate coexista cu psihopatia generând tablouri nespecifice de agresivitate. Cazul unui maniac sexual cu istoric de agresiuni sexuale, personalitate psihotică, sadism, este analizat cu ajutorul testului Rorschach (Meloy, 1992) evidenţiindu-se numeroase tulburări psihostructurale şi psihodinamice.

Foarte grave sunt automutilarile, care uneori au un caracter impulsiv, alteori stereotip, sau, în fine, pot fi expresia unor tulburări mai complexe, ca

delirul sau halucinațiile. Se pot întâlni diverse manifestări, de la smulgerea părului din cap cu producerea de infecții cutanate, scoaterea dinților, până la secționarea organelor genitale.

Deși aproximativ 10% dintre schizofreni comit acte suicidale, încă se știe puțin legat de eventualele corelări psihice ale acestui comportament.

Shuwall (1994) a realizat un studiu în care a cercetat interrelațiile dintre ideile suicide, anxietate și psihoze la un grup de schizofreni și bolnavi cu tulburări schizo-afective. Psihozele au contribuit la modificarea ideilor suicidare peste și pe lângă efectele depresiei și anxietății, constatare cu implicații în modularea tratamentului.

În general, automutilările serioase și bizare sunt specifice psihozelor. Putem cita exemplul lui Buhrich (1994): enucleerea ambilor ochi la un pacient cu schizofrenie observându-se în același timp lipsa durerii și lipsa participării afective de vreun fel sau a îngrijorării.

Automutilările în sfera genitală la bărbat sunt în general rare. Martin T. și Gottaz WF au găsit la începutul secolului și până în 1991 în literatură 57 de cazuri în Marea Britanie și 5 cazuri în Germania iar etiologia cea mai frecventă este schizofrenia și apoi psihoza maniaco-depresivă, alcoolismul. Există factori de risc specifici pentru acest tip de automutilare: tendințe homosexuale sau transsexuale, fobia pentru organele genitale, absența unui model competent (de ex. tatăl) în copilărie, sentimente de vinovăție pentru agresiuni sexuale, automutilări în antecedente. Cu toate acestea e dificil de estimat riscul autocastrării datorită heterogenității factorilor declanșatori. Suicidul sau tentativele de suicid pot fi determinate de tensiunea psihică existentă la începutul afecțiunii, de stările depresive (din cursul remisiunilor incomplete sau din tratamentul cu neuroleptice), de halucinațiile imperative, sau pot fi explicate doar ca acte impulsive. Asistăm în prezent la regresiunea simptomelor catatonice, odată cu introducerea ergoterapiei și extinderea metodelor de terapie activă (neuroleptice, insulina). Automutilările cuprind toate segmentele anatomice ale corpului. S-au descris automutilări în sfera genitală, bucomaxilofacială, extracții dentare, arderi ale diferitelor segmente, enucleeri ale globilor oculari, tăieri la încheieturi, diverse deteriorări ale pielii, amputări, etc.

M.Gaiacanelli (1965) studiază un număr de 383 foi de observație ale bolnavilor internați la Roma între 1955 - 1957 cu tentative suicidare. Grupele de vârstă au fost de la 14 - 74 ani, printre ei fiind 62 bărbați (1,2% din totalul internărilor) și 321 femei (7,6% din totalul internărilor). Dintre aceștia 96 (62 femei) bolnavi sufereau de psihoze schizofrenice,ciclotimie aterosclerotică, epileptică și alcoolică, iar 287 de persoane prezentau reacții patologice. În felul

acesta 54,8% bărbaţi şi 23,9% femei prezentau psihoze (predominau femeile de vârstă tânără). Tentativele suicidare ca metodă au constatat din ingerarea de tablete sau lichide (65,1% femei şi 40,3% barbaţi). Tentativele de suicid cu mijloace acute au fost de 32,3% la bărbaţi şi 10,9% la femei. Otrăvirea cu gaze de iluminat a fost de 6,3% la bărbaţi şi 8,7% la femei. 36 din 155 bolnavi care au luat tablete pentru suicid, numărul lor a fost de peste 20 (93 de la 10 - 20 tablete, 26 au luat sub 10 tablete). D.Laskowska, K.Urbaniak, K.Groblewska (1967) prezintă doi bolnavi care au prezentat tentative suicidare în perioada de remisie ca şi examenele psihomotrice la alţi 4 bolnavi de schizofrenie; autorii ajung la concluzia ca unul din motivele sinuciderii la aceşti bolnavi ar fi prezenţa senzaţiei de boală care poate determina apariţia depresiei reactive, în cursul cărora pot săvârşi tentativa de sinucidere. În acest caz, terapia antidepresivă şi psihoterapia sunt efective.

FORMELE CLINICE ALE SCHIZOFRENIEI. SCHIZOFRENIA SIMPLĂ

Simptomele clinice ale schizofreniei, odată cu evoluția bolii, diferă ca intensitate şi ca dezvoltare de la bolnav la bolnav. Un număr de cazuri însă prezintă particularități de evoluție şi de grupare a simptomelor, ceea ce face posibilă izolarea unor forme clinice. În condițiile actuale, nu se poate face o clasificare a formelor clinice pe criterii indiscutabile. Unii autori au separat formele care au la origine o degenerescență encefalică cele cu origine toxiinfecțioasă sau de cele cu cauze psihologice, însă această clasificare se bazează pe ipoteze neverificate. Nici pe plan clinic nu se poate face o individualizare netă.

"Grupa de schizofreni" a lui Bleuler cuprinde eventualități foarte disparate, pe care o descriere unică nu le-ar putea cuprinde, de aceea, trebuie ca acest ansamblu să fie împărțit în mai multe forme clinice, pentru motive pur didactice.

Charpentier (1890), distinge 11 forme de schizofrenie. însă nu trebuie să se distingă afecțiuni deosebite, ci să se grupeze simptomele. Deoarece nu s-a putut evidenția o diviziune "naturală", vom reda clasificarea lui E.Bleuler, care are avantajul de a fi cunoscută şi de a prezenta cât mai asimilabil simptomele schizofrenice. El descrie patru forme clinice: schizofrenia simplă, hebefrenia, hebefrenocatatonia şi forma paranoidă, prin adăugarea la cele trei forme clasice descrise de Kraepelin, a formei simple. El atrăgea atenția că nu este vorba de forme de boală, ci de grupări de simptome. Simptomatologia descrisă de Bleuler se prezintă cu o serie neîntreruptă de fapte clinice care îşi împrumută simptomele, în proporție variabilă, la două, trei, sau chiar la fiecare din cele patru forme mari. Diviziunea aceasta nu este absolută, în sensul că în timpul evoluției se poate ajunge la un moment dat la transformări care să facă necesară schimbarea unuia sau altuia dintre cazuri de la o formă clinică la alta.

Astfel, o îmbolnăvire care a început ca o hebefrenie, poate să devină după câțiva ani, o paranoidie. Pe lângă aceste patru forme clinice majore, se vor mai aminti o serie de forme simptomatice sau evolutive. Unii autori (K.Kleist şi K.Leonhard) consideră formele clinice ca diferite boli din grupa schizofrenilor, ca pe niște entități nosologice.

După împărţirea lui Bleuler, E.Kraepelin reia studiul formelor clinice, şi în 1913 descrie opt grupe:

- demenţia simplex;
- hebefrenia;
- demenţa depresivă simplă sau stuporoasă;
- demenţa depresivă cu idei delirante;
- forme cu stări de agitaţie grave şi prelungite:
  - forma circulară;
  - forma agitată;
  - forma periodică;
- catatonia;
- formele paranoide;
- confuzia verbală (schizofazia).

Ulterior, s-a descris un număr şi mai mare de forme clinice, datorită faptului ca atât simptomele, cât şi evoluţia bolii sunt foarte variate. În ultimul timp, probabil din necesitatea comparării şi comunicării rezultatelor tratamentului psihofarmacologic şi a readaptărilor sociale a bolnavilor din diferite ţări, formele clinice sunt descrise cu diferenţe tot mai mici între ele. Problema formelor clinice este încă în discuţie, deoarece unele din ele n-au fost acceptate de toţi psihiatrii.

F.Fish, discuta problemele complexe ale clasificării formelor cronice ale schizofreniei şi în particular clasificarea lui Leonhard pentru care se cere o deosebită scrupulozitate clinică şi informaţie desăvârşită asupra detaliilor şi variaţiilor tabloului clinic şi a comportamentului general al bolnavului.

Leonhard deosebeşte schizofrenia sistematică pe care o compară cu îmbolnăvirile neurologice de sistem ca de exemplu: boala Friederic, Parkinson etc. Leonhard descrie 6 tipuri de parafrenie sistematică, 6 tipuri de catatonie, 4 tipuri de hebefrenie sistematică. În limitele acestor trei mari grupe a formelor sistematice ale schizofreniei, autorul nu remarcă saturări sau acoperiri. El denumeşte combinările dintre două subgrupe "forme combinate", care se pot deosebi după simptomatica de fiecare dintre subgrupele stabile pe seama interacţiunii simptomelor. Clasificarea în limitele scizofreniei sistematice este formată dintr-un şir de subgrupe în limitele fiecarei dintre cele 3 mari grupe.

Conservând clasificarea general cunoscută a lui Leonhard, autorul expune clasificarea lui Astrup după gradul gravităţii defectului. după Astrup, parafrenia sistematică după gravitatea defectului astfel: ipohondriacă, fenomatică, expansivă şi confabulatorie, fantastică, incoerentă. Cele patru subgrupe ale hebefreniei sistematice Astrup le reuneşte în două: hebefrenie cu absurditate şi hebrefenia apatică care decurge cu defecte afective. Pentru

hebefrenia excentrică şi autistă sunt caracteristice tulburările depresive ale dispoziţiei şi tendinţa mai mult sau mai puţin exprimată spre negarea contactelor cu oamenii. După gradul de creştere a gravităţii defectului Astrup împarte subgrupele hebrefeniei lui Leohard astfel: autistică, excentrică, apatică şi hebrefenia cu absurditate. În ce priveşte catatonia sistematică, în comparaţie cu catatonia periodică, ele ajung la o mai gravă stare afectivă, cea mai gravă formă de defect o dă catatonia cu manierisme şi catatonia cu inactivitate verbală. Toate formele parafreniei sistematice se atenuiază sub tratamentul cu preparate fenotiazinice. Terapeutica hebefreniei este de asemenea favorabilă. Terapia catatoniei sistematice cu derivate fenotiazinice de asemenea duce la unele ameliorări, îndeosebi la bolnavii cu varianta negativistă a catatoniei.

Alături de formele schizofreniei sistematice Leonhard dă un şir de forme nesistematizate ale acesteia. Aceste forme se caracterizează printr-o mai bună păstrare a afectivităţii şi printr-o mai puţin profundă lezare a sferelor personalităţii, decât în toate variantele schizofreniei sistematizate. Totuşi, destul de serioase stări afective se pot forma, în particular, în catatonia periodică. În grupul schizofreniilor nesistematice Leonhard include parafrenia încărcată afectiv, catafazia şi catatonia periodică. Bolnavii cu parafrenie încărcată afectiv dau bune rezultate la terapia fenotiazinică, delirul şi halucinaţiile pierd caracterul chinuitor şi restabileşte capacitatea de muncă profesională. Totuşi, terapia în aceste cazuri trebuie să dureze toată viaţa. Bine răspund terapeuticii fenotiazinice şi se ameliorează tulburările de gândire ca şi tulburările de limbaj (schizofazia). Greu este de tratat catatonia periodică. Totuşi derivaţii fenotiazinici împiedică tendinţa spre agravarea bolii şi spre înrăutăţirea stării defective reziduale.

a) Formele clinice principale

1. Schizofrenia simplă

Kraepelin încadra aceste cazuri cu simptomatologie săracă şi aproape fără simptome pozitive, în hebefrenie. Demenţia simplex a fost descrisă iniţial de Diem (1903) pentru a reapare în clasificarea lui E-Bleuler din 1911 ca schizofrenie simplex şi apoi în ediţia a VIII-a a tratatului lui F.Kraepelin din 1913. Această formă ar trebui descrisă ca a patra formă, sau, mai bine, în continuarea hebefreniei, deoarece ea constituie o formă mai atenuată şi incompletă a acesteia. Două motive justifică această prezentare a schizofreniei simple pe primul loc:

- prin studiul acestei forme se vede bine diferența dintre simptomele fundamentale și cele accesorii, deoarece în schizofrenia simplă se întâlnesc numai simptome fundamentale, majore ale bolii, este o schizofrenie redusă la "esențial" (Bleuler);

- faptul că schizofrenia simplă se întâlnește mult mai des la subiecții neinternați sau în sânul unor familii de schizofreni vechi decât la cei spitalizați, ne face se întrevedem un anumit fel de legături între schizofrenie și societatea umană.

S-a constatat că și anotimpul în care s-au născut schizofrenii este mai frecvent iarna ceea ce corespunde mai degrabă cazurilor sporadice (deci nu cele cu agregare familială) și cu tulburări psihotice mai grave (Roy M.A și colab.) (1994). Autorii au emis pe plan teoretic, diferite ipoteze pentru a demonstra identitatea sau, din contra, deosebirea dintre schizofrenia simplă și "constituția schizoida" sau schizoidie. Practic, este bine să considerăm separat schizofrenia ca o boală mintală, de constituția schizoidă, care este o formă de personalitate nepatologică, putând să nu evolueze niciodată spre schizofrenie. Marchand exclude forma simplă din cadrul nosologic al schizofreniei, pe când Leonhard o asimilează formei hebefrenice.

S.Glasner și W.Plains, consideră ca tulburările de gândire sunt aproape în mod automat asimilate schizofreniei, deși aceste tulburări au un larg diapazon de manifestare de la o tulburare benignă până la una malignă. Se consideră că aceasta este o greșeală, că gândirea paralogică este obligatoriu schizofrenie, mai ales dacă se manifestă la un tânăr. Autorii lucrând în armată și fiind sub influența concepției bleuleriene, atunci când au cercetat tulburările asociațiilor le-au considerat de natură schizofrenică, ceea ce a făcut ca, trimițând unii bolnavi, tineri, la spital cu diagnosticul de schizofrenie și deci cu tulburări de gândire cu caracter paralogic, au avut supriza ca după câteva zile să fie externați în deplină remisie. Deși se constatau unele fenomene reziduale de aspect paralogic, bolnavii răspundeau ideo-afectiv în mod adecvat, păstrau un contact excelent cu anturajul, nu prezentau fenomene delirante sau halucinatorii, sau alte simptome secundare ale schizofreniei.

În acest fel autorii ajung la concluzia că se întâlnesc tulburări de gândire cu caracter benign și care nu au nimic comun cu tulburarea paralogică psihotică. Deși, după opinia autorilor, această perturbare benignă de gândire are un caracter favorabil, este totuși greu de diferențiat de perturbarea gândirii de natură schizofrenică. Aceste tulburări benigne de gândire cu caracter totuși paralogic, este interesant de semnalat că nu se însoțesc de perturbări comportamentale, de alterări ale contactului cu lumea exterioară, nu se însoțesc, de asemenea, de tulburări ale personalității sau de manifestări cu

caracter patologic în domeniul afectivității. Spre deosebire de gândirea schizofrenică, în tulburarea benignă paralogică de gândire, nu găsim triada schizofrenică a perturbării gândirii sub forma celor trei aspecte ale funcției simbolice: sintactic, semnatic și pragmatic, deși autorii sunt de acord că în formele de schizofrenie mai puțin manifeste lipsește aspectul de patologie a funcției sintactice a gândirii.

Varianta de perturbare benignă a gândirii este legată îndeosebi de tipul pragmatic al gândirii și i se deosebesc patru subtipuri:

- **sindromul coeziunii**, bolnavul este asediat de numeroase asociații care nu iau o interpretare logică și pe care bolnavul nu le poate unifica într-un tot unic pe care să-l conecteze în sensul logic al curentului informațional;

- **sindromul insuficienței mobilității**, bolnavul nu poate efectua în mod facil flexibilitatea gândirii de pe planul socialprofesional în curentul de idei și invers;

- **sindromul discordanței intelectuale**. Bolnavul cu un bun intelect nu ajunge de obicei la nivelul erudiției, dar se constată fragilitatea aspectelor logic exterioare ale gândirii;

- **sindromul aprecierilor transcedentale** - bolnavul poate da un răspuns logic, dar are înclinații mistice, care se găsesc în conținutul gândirii.

Acest tip de perturbare benignă paralogică a gândirii poate să dureze toată viata fără a se putea totuși vorbi de o schizofrenie veritabilă.

I.Floistad și C.Astrup, au cercetat experimental procesul asociativ la bolnavii de schizofrenie și au constatat că în raport cu grupa de control, la bolnavi asociațiile erau sărace și foarte frecvent cu semne de rupere a gândirii - cu baraje.

Ca mod de apariție, se descriu trei eventualități:

- Invadează încetul cu încetul personalitatea, progresiv, ceea ce face dificilă stabilirea debutului ca și caracterul patologic al tulburărilor;

- alteori, poate apare după un puseu acut (bufeu delirant sau delir paranoic) care a încetat sub tratament. după episoadele acute apar periodic sau recidivează spontan; schizofrenia simplă poate apare ca o "stare intercalară", între episoadele acute;

- în fine, la bolnavii cu forme paranoide sau hebefrenocatatonice care au urmat un tratament perseverent atât medicamentos cât și psihologic, după o evoluție îndelungată, se ajunge la o "cicatrizare" sub forma de schizofrenie simplă, cu persistența simptomelor fundamentale. Simptomatologia acestei forme, constantă de altfel, poate fi modificată sub influența condițiilor de viață ale bolnavului.

Unul dintre primele simptome care apar este scăderea dinamismului expansiv, noțiune aproape identică cu atimhormia descrisă de Dide și Guiraud. Este vorba de o scădere a randamentului școlar sau profesional, până atunci satisfăcător, și a interesului pentru obligațiile productive (apragmatism). Asistăm la o metamorfoză a întregii personalități, cu neatenție, zăpăceală, incapacitate de a înțelege. Apare indiferența față de mustrări și influențe educative, atitudine rezervată și arogantă.

Subiectul, pasiv, se lasă minat de evenimente, în loc să-și construiască în mod activ viitorul. În aceste condiții, planurile ambițioase pentru viitor se limitează tot mai mult la scopuri din ce în ce mai modeste, pentru ca, în final, să nu fie atinse nici acelea. Deci, unele ratări inexplicabile la o privire superficială, pot să ascundă o schizofrenie simplă. El nu simte nevoia unei activități, iar în privința transformării ce se petrece cu sine, refuză s-o creadă. Pe alt plan, relațiile lui cu persoanele din jur suferă profunde transformări, în sensul izolării de lumea exterioară și al relațiilor cu anturajul, care devin din ce în ce mai sărace și mai puțin active. Astfel, unii adolescenți nu mai ies cu prietenii lor în oraș, alții refuză să mai stea la prânz cu familia la aceeași masă.

Aceste manifestări au fost înglobate de E.Minkowski în termenul de alterare sau pierdere a contactului vital cu realitatea, și considerate ca nucleul structurii schizofrenice. Adesea, bolnavul simțind că legătura interumană devine tot mai slabă, căuta s-o restabilească, folosind în acest scop însă mijloace aberante, cum ar fi căutarea neânfrânată a contactelor sexuale de către fete care de obicei erau timide, sau alcoolul cu puterea lui "socializantă". Asupra acestei din urmă probleme E Bleuler a insistat, arătând importanța acestor cazuri de alcoolism secundar în depistarea psihozelor pe care le maschează. Sfera schizofreniei simple era mai largă pentru E.Bleuler decât pentru E. Kraepelin. El include în această formă multe cazuri de alcoolism, cverulență și toate cazurile cu evoluție latentă care, deși beneficiază cel mai larg de tratament, sunt cele mai frecvente.

J.Chapman, studiază simptomele precoce în debutul schizofreniei pe un număr de 40 bolnavi cu o medie de vârstă de 24 ani și o durată a bolii nu mai mare de 11 luni. Metoda de studiu a constat în evidențierea tulburărilor subiective pe care le-au înregistrat bolnavii. Autorul remarcă perturbări ale percepției vizuale în sensul că obiectele exterioare îi apăreau nu ca un întreg ci ca părți dintr-un întreg, aveau loc metamorfopsii și de asemenea, perturbări ale revizualizării, care constau în tulburarea formării imaginilor vizuale. Alți bolnavi aveau impresia ca percep o creștere a mișcării obiectelor. Astfel de simptome au fost remarcate îndeosebi în cazul unor suferințe cerebrale organice și în particular, în suferințe ale lobului parietal și în epilepsie în caz de

cointeresate a lobului temporal. La mulți bolnavi a apărut fenomenul de blocare, care constă în aceea că, periodic apăreau episoade când bolnavul înceta să se mai miște, să vorbească, privirea se fixa într-un singur punct, nu mai răspundea la excitanții exteriori. Afectiv bolnavii reacționau printr-o stare emoțională crescută sau stare de neliniște, de anxietate.

Datele de mai sus permit formularea presupunerii că aceste perturbări paroxistice ale funcțiilor cerebrale stau la baza tulburărilor de percepție și gândire. Una din cauzele blocării erau excitanții exteriori sau atunci când bolnavul constată afluența crescută a ideilor. Fenomenul de blocare amintește tulburarea de conștiință din epilepsie, cel puțin pentru forma sa de petit mal și, de asemenea, din cazurile de epilepsie determinate de cointeresarea în procesul patologic al lobului temporal.

În epilepsii, perturbările de mai sus sunt acute, în timp ce bolnavii de schizofrenie percep și descriu clar aceste fenomene, iar înainte de a se realiza blocarea, ei resimt o greutate în realizarea celor mai simple acte motorii, încearcă să înțeleagă cauza îngreunării, cu alte cuvinte ei suferă de o dispraxie ideochinetică. După opinia autorului, o astfel de perturbare, de blocaj, se datorește creșterii volumului informațional pe care bolnavul nu este capabil să-l perceapă.

La alți bolnavi au loc tulburări paroxistice ale productiei limbajului și care are asemănări cu disfazia paroxistică de natura epileptică, în cazul leziunilor lobului temporal. Această tulburare constă în dificultatea alegerii cuvintelor corespunzătoare pentru exprimarea gândurilor, bolnavul găsindu-se în deplină stare de conștiință și fără tulburări de articulație și de auz. În alte cazuri, bolnavul încearcă să-și exprime gândurile prin mișcări ale corpului. Unii bolnavi nu pot realiza cele mai simple acte automate care obișnuit se realizau spontan (de exemplu realizarea în același timp a unor mișcări și a vorbitului). Aceste perturbări care se observă în stările de substupor la bolnavii catatonici, autorul le leagă de perturbările proceselor de percepție și gândire. Autorul consideră schizofrenia ca o psihoză organică - și că tulburările de vorbire - afazie după natura lor, fenomenul de blocare - tulburările trecătoare de conștiință, sunt într-un anumit fel și grad de tulburările conștiinței din epilepsie.

Kahlbaum (1890), a introdus în cadrul schizofreniei simple, bolnavii care prezintă tulburări ale sentimentelor sociale și ale conduitei, constituind "heboidofrenia" sau "heboidia". Aici există însă și tulburări ale gândirii. Prognosticul acestei forme este bun, evoluția însă se face la fel ca a schizofreniei simple.

Acest tablou clinic este descris de alți autori ca o formă pseudopsihopatică. Mai târziu, A.V.Snejnevski descrie forma heboidă ca varianta de evoluție a schizofreniei de nucleu. El insistă asupra tulburărilor activității: comportament și maniere excentrice, opoziție față de orice autoritate, creștere nestavilită a tendințelor până la exces. O foarte mare importanță o are perturbarea afectivă, care se manifestă prin apariția unei interferențe tot mai mari față de lucrurile sau ființele cele mai îndrăgite altădată de subiect. Astfel, se observă o înstrăinare față de frați și surori, dar mai ales față de părinți și chiar pierderea afecțiunii mamei pentru copilul ei. Mult mai rar se vorbește de o pierdere a afectivității, cel mai frecvent întâlnindu-se perversiunea afectivității, transformarea sa profundă. Dăm exemplul tânărului care, nu numai că nu-și mai iubește mama, dar nutrește sentimente inverse, o detestă, o consideră ca pe un dușman, acuzând-o, provocând-o prin vorbe, sau chiar bătând-o sau încercând s-o omoare. Alteori, poate nutri în același timp, sentimente de dragoste și ură, așa cum vrea să facă un lucru și refuză totuși să-l facă, sau cum, în același moment, se interesează de un lucru și se dezinteresează. Aceasta este ambivalența, fenomen tipic pentru schizofren, o alianță a contrariilor. Uneori, pe fondul de indiferență al bolnavului, apar manifestări foarte vii generate de fapte neașteptate sau mai puțin inteligibile.

Astfel, un bolnav care primește cu indiferență vizita familiei, poate avea o criza de furie oarbă sau de frică extremă la privirea ironică a unui alt bolnav.

Deci, la schizofreni există o "sensibilitate pervertită". La unii bolnavi se manifestă o ostilitate generalizată și o opoziție sistematică, rezultate din reuniunea perturbărilor afective cu relaxarea legăturii interumane.

E.Kraepelin considera ca această formă clinică include cazurile care ajung progresiv la o sărăcire și o pustiire a întregii vieți, iar H.Ey arată că este vorba de o scleroză a vieții afective și sociale. Uneori, bolnavii sunt arțăgoși, neînduplecați și tabloul clinic impune internarea în spital. Alteori însă, bolnavii care păstrează o conduită normală rămân liberi, comportându-se ulterior ca niște dezechilibrați, perverși, antisociali. Acest fapt îl determina pe G.Pascalis să considere de fapt cazuri de schizofrenie la bolnavii recunoscuți ca dezechilibrați, antisociali sau perverși.

Karpman descrie anetopatii, care corespund acestui tip de bolnavi.

În schizofrenia simplă poate apare o formă atenuată de autism. Aceasta este o tulburare foarte importantă și caracteristică pentru schizofrenie, care constă într-un anume fel de viață psihică în care atât gândirea, cât și simțurile se îndreaptă spre el însuși, creându-se astfel un sistem închis. Autismul este în legătură cu pierderea dinamismului și cu deteriorarea "contactului vital cu realitatea"; după unii autori, aceasta ar fi cauza, după alții, consecința.

Gândirea schizofrenilor se desfăşoară interminabil asupra lor, în loc să fie folosită în raporturile cu lumea înconjuratoare .

Se descrie un autism bogat, în care bolnavul evadează într-o lume imaginară cu perspective infinite, şi un autism sărac, în care conştiinţa bolnavului rămâne imobilă, ajungând până la un vid de conţinut. Se descrie la aceşti bolnavi şi un raţionament morbid, care constă într-un formalism logic aplicat cu rigiditate la bolnavi, fără a ţine cont de contradicţiile dintre bunul simţ şi experienţă. Ei sunt ineficaci când este vorba de rezolvat probleme reale. Aceste tulburări de gândire şi de comportament pot lăsa impresia unei scăderi intelectuale. În schizofrenie însă, inteligenţa în sine nu este diminuată, cel puţin forma măsurată prin teste, ci eficienţa sa. În schizofrenia simplă nu se întâlneşte delirul, halucinaţiile, impresia de transformare sau de acţiune din afară, disociaţia gândirii.

Uneori tabloul clinic este complet, sau influenţa unor factori externi este suficientă pentru a apare anumite trăsături care să evidenţieze caracterul patologic al tulburărilor. Alteori, însă, diagnosticul rămâne necunoscut sau, odată pus de medic, are şansa să nu fie crezut nici de anturaj şi nici de bolnav. În ambele cazuri bolnavii rămân liberi şi se comportă ca nişte dezechilibraţi psihici, dedându-se alcoolismului sau altor toxicomani, sau devenind delicvenţi. Ei pot prezenta anumite aptitudini artistice, care pot fi depistate şi fructificate.

De cele mai multe ori, însă, aceşti bolnavi se închid în sine şi trăiesc ca nişte paraziţi în familiile lor, afară de cazul când ar putea presta o muncă uşoară, mai ales la ţară, care să nu necesite prea multe relaţii cu oamenii. Evoluţia schizofreniei simple este tipic spre cronicizare. Tratamentul nu modifică evoluţia generală a bolii, ci anumite aspecte: anxietatea, apragmatismul, tulburările de caracter.

Unii consideră că evoluţia s-ar putea face şi prin episoade intercurente, sau spre trecerea la o altă formă clinică.

Există o serie de schizofreni revendicatori, asupra cărora se pune chestiunea dacă pot fi sau nu incluşi în această formă. Există o serie întreagă de stări intermediare între aceştia şi paranoizi. Mai simplu este să considerăm două grupe: "cverulenţii" fără delir şi paranoizii. Dintre schizofrenii simpli se recrutează o mare parte din reformatori filosofi, artisti.

2 Schizofrenia hebefrenică

Este forma cea mai frecvent întâlnită în spitale.

Termenul a fost introdus de Kahlbaum şi Hecker în 1871 pentru aceeaşi maladie descrisă anterior de Morel ca o "demenţă rapidă a subiecţilor tineri", adică o maladie mintală a adolescenţilor care duce la "scăderea intelectuală" rapidă şi ireversibilă. Evoluează cu diverse tulburări afective şi se caracterizează la exterior prin manifestări puerile, legate de vârstă: afectare, expresii mimice patetice, atracţie spre mojicii, iar pe de altă parte poate apare precocitatea, tendinţa la preocupări cu probleme înalte şi abstracte (simptomul intoxicaţiei filosofice). O asemenea atitudine puerilă se poate găsi însă şi la bolnavii care au complexe infantile.

Tulburările schizofrenice în copilărie sunt rare: 0,1 - 1% din toate schizofreniile apar înainte de 10 ani şi 4% înainte de 15 ani. Urmează apoi o creştere remarcabilă a incidenţei bolii în adolescenţă. Vârsta debutului va influenţa simptomele, cursul şi consecinţele bolii, în general manifestările având prognostic cu atât mai prost cu cât apar mai devreme. Prognosticul e rezervat şi atunci când pacienţii sunt timizi, cu tulburări cognitive, introvertiţi şi retraşi, înainte de începerea psihozei propriu-zise (Remschmidt He şi colab., 1994).

K.Kolle arata că uneori simptomele hebefreniei sunt greu de deosebit de manifestările unor crize ale pubertăţii. El considera că hebefrenia este o formă a schizofreniei a cărei simptome sunt influenţe de pubertate Hebefrenia a constituit deci schiţa viitoarei "demenţe precoce" kraepeliene, şi a grupului de schizofrenii ale lui Bleuler. După Bleuler, în hebefrenie lipsesc simptomele accesorii, ea este o forma majoră a procesului patolofizic, în timp ce schizofrenia simplă rămâne ca o formă atenuată.

Unii psihiatri sovietici, printre care, Molohov şi Ambrumova, tind să considere forma hebefrenică ca fiind o variantă rară a schizofreniei simple, spre deosebire de autorii din nord-vestul Europei care includ în hebefrenie şi forma simplă. Aceeaşi concepţie o împărtăşeşte şi E.Mayer-Gross (1932) şi R.Lemke (1956).

A.V.Snejevski (1960) considera atât schizofrenia simpla cât şi hebefrenia, variante ale formei nucleare. Aceasta formă a fost studiată minuţios

de Leonhardt care-i descrie sub formele: plată, demențială, stranie și autistă. Unii autori contestă necesitatea izolării hebefreniei. Chiar E.Bleuler în 1937 afirma că hebefrenia a devenit "oala cea mare în care sunt aruncate formele care nu pot fi plasate în celelalte trei"; arată că debutul în adolescență nu ajută la definirea noțiunii de hebefrenie Acest autor împarte hebefrenia în două forme: una cu accese maniace și depresive și alta, hebefrenia ipohondrică.

Hebefrenia se caracterizează prin: instalare precoce, evoluție rapidă, absența delirului și a halucinațiilor. Modalitățile de apariție sunt comune cu ale formei simple. Ambele forme au perioadă inițială de aproximativ 3 - 5 ani, caracterizată prin: scăderea productivității psihice, pustiire emoțională, îngustarea sferei intereselor și preocupărilor. Cel mai adesea, hebefrenia se instalează prin accentuarea insidioasă și progresivă a tulburărilor descrise la forma simplă. Astfel, E.Kraepelin considera că 4/5 din cazuri debutează treptat, restul subacut, iar debutul brusc se întâlnește excepțional după această perioadă inițială, în care se dezoltă procesul schizofrenic, identitatea clinică a celor două forme se pierde. Primele simptome ale hebefreniei constau în cefalee, astenie, insomnie, scăderea randamentului de muncă și, uneori, halucinații auditive. Semiologia poate suferi modificări importante în funcție de circumstante. însă tulburarea fundamentală se observă chiar de la prima întâlnire cu bolnavul.

Russell A.T. (1994) lucrând cu un lot de 35 de copii cu debut înainte de 12 ani observa debutul insidios în marea majoritate a cazurilor; vârsta medie a declanșării simptomelor psihiatrice era de 4,6 ani, vârsta declanșării simptomelor clar psihotice - 6,9 ani și vârsta la care diagnosticul a fost pus cu certitudine - 9,5 ani. 80% din pacienți s-au prezentat cu halucinații auditive, 74% cu tulburări în sfera afectivității, 63% cu deliruri, 37% cu halucinații vizuale, 40% cu tulburări ale gândirii.

Din punct de vedre al repartitiei pe sexe mai mulți baieți par să fie afectați dar această diferență se șterge în timpul adolescenței (Remschmith H, 1994).

Kammerer arata că acești bolnavi se pot decela după un surâs, după o privire, o mișcare a sprâncenei, tonul unei fraze; cu ajutorul lor, se va vedea că bolnavul e "detasat" de conținutul de idei și emoții. Ruptura unității psihice a cunoscut diferite denumiri: E.Stranski - 1903 "dislocare intrapsihică" Urstein - "dizarmonie intrapsihică"; Bleuler - "disociație" și Chaslin - "discordanța"; el descrie folia discordanta, caracterizată prin "salată de cuvinte" și "salată de simptome". Această ruptură intrapsihică se reflectă în neconcordanța dintre idee, atitudine și tonalitatea afectivă, exprimate într-un același moment.

Calitatea slabă a "contractului" este cea care-l alarmează pe medic și-l determină să caute și celelalte simptome necesare edificării diagnosticului.

Sindromul discordant sau disociativ se manifestă atât în activitatea intelectuală, cât şi în activitate şi în afectivitate şi în comportament. Tulburările de asociaţie au foarte mare importanţă în domeniul activităţii intelectuale (Bleuler). În primul rând, operaţiile intelectuale sunt alterate ca formă, se folosesc asociaţii noi, parazite, nelogice.

Bleuler arata că "gândirea operează cu idei şi concepte care nu au deloc sau au insuficiente conexiuni cu ideea principală şi ar trebui excluse".

Operaţiile intelectuale sunt modificate şi ca logică. Bolnavul nu mai foloseşte sistemul logic care face ca gândirea sa să fie în conformitate cu gândirea colectivă a grupului (H.Ey). El nu este capabil să folosească cele mai obişnuite idei sau concepte, şi de aceea se îndreaptă spre abstract, se refugiază în cercetări metafizice. Minkoski arată ca acest bolnav duce o viaţă conform cu ideile sale şi ajunge doctrinar în final; acesta este de fapt raţionalismul morbid, dat de persistenţa activităţii logice asociate dezinteresului şi inafectivităţii. Bolnavii încearcă în van să încadreze în logica şi matematici evenimentele personale sau familiale pentru care nu nutresc nici un afect. Nemaiputând să aprecieze mişcarea şi durata, bolnavul vrea să includă comportamentul său în formele pseudomatematice (geometrismul morbid). Un astfel de bolnav face numeroase calcule de trigonometrie pentru a afla amplitudinea mişcărilor pe care el le execută la spălatul vaselor. Un altul cauta formula matematică a atracţiei sexuale (Minkovski). Bolnavul foloseşte modalităţi de expresie originale. Uneori, expresia este ridicolă, deseori încărcată de un simbolism cu conţinut sexual. Se întâlnesc perturbări în cursul gândirii, atât în privinţa producerii, cât şi a debitului sau, ceea ce face ca gândirea să apară incoerentă, încâlcită, flu. În ce priveşte ideaţia, aceasta poate rămâne într-un stadiu embrionar, neisprăvit, fragmentată într-o revărsare de detalii (Henri Ey). Vorbirea bolnavului poate fi uneori încetinită, alteori neregulată; poate fi fragmentată de lacune, digresiuni, bâiguieli, alteori, ca o expresie a barajului, vorbirea se întrerupe brusc şi apoi se reia. Cuvintele nu mai sunt folosite în sensul lor obişnuit, pot fi deformate sau, uneori asistăm la crearea de neologisme.

Tulburările de limbaj găsite de Caplan R.(1994) au trei caracteristici: gândire ilogică, asociaţii sărace şi ciudate, capacitatea deteriorată a fluenţei. Studiile s-au efectuat pe un grup de 31 de copii cu schizofrenie.

Un alt grup de 14 copii cu personalitate schizoidă au aceeaşi gândire ilogică şi asociaţii bizare dar un scor mult mai bun pentru fluenţa discursului.

Există interelaţii între clinică, compartimentul cognitiv şi tulburările de comunicare.

J.Pelicier arata că limbajul nu mai poate fi folosit pentru scopul său, de a ajuta comunicarea dintre oameni, ci devine o producție în sine, cuvintele au valoare subiectivă. În afectivitatea și în expresia ei se pot întâlni: râs și plâns nemotivat, irascibilitate, euforie și mulțumire de sine. Discordanța afectivității se traduce prin următoarele manifestări: atimhornie, apragmatism, ambivalență, indiferență. Aceste simptome, prezente și în forma simplă a schizofreniei, aici au o intensitate mai mare și se exprimă mai direct în comportament. Bolnavii devin incapabili de orice activitate, sunt apatici, indiferenți, moi, fără halucinații sau deliruri (Kraepelin). Totusi, pot apare uneori idei delirante fragmentare de persecuție, influență, automatism psihic, elemente oneiroide rudimentare.

Comportamentul discordant poate avea diverse aspecte. Ambivalența se reflecta în comportament prin: abulie, ezitare, perplexitate. Mimica este în discordanță cu emoția pe care o însoțește și chiar ea însăși este dizarmonică (paramimie). Gesturile și atitudinile lipsite de naturalețe traduc dificultatea bolnavului de a păstra contactul cu realitatea. Uneori apar gesturi puerile și lipsite de sens, comparate cu glumele și tumbele clovnilor.

Manierismul, sclifoselile ca și slugărnicia pe care o abordează bolnavul poate da uneori impresia de falsă dezinvoltură. Manierisme numeroase apar atât în purtări cât și în modul de expresie, îmbrăcăminte, etc. Actele bizare fac și mai originale discursurile lor. Conduitele și dorințele teatrale și contradictorii duc la acțiuni bizare, cu un amestec de serios și derizoriu într-o formă enigmatică (Maurel). Deși bolnavul este inactiv, pot apare impulsuri extravagante, uneori agresive, primejdioase, alteori instinctive (sexuale în special).

Hipotimia - caracterizată printr-un dezechilibru în sfera afectivității în sensul tocirii acesteia și în particular chiar printr-o dispariție a afectivității, este un sindrom fundamental în hebefrenie. Hipotomia poate genera alte simptome specifice (de exemplu dezorganizarea atenției și a gândirii)(Pollfus S.- 1993).

În sfârșit, autismul este mult mai intens decât în forma de schizofrenie simplă. Guiraud considera că fără delirul care-l poate însoți, autismul este sărac, un fel de "izolare mintală deficitară". Dar aici nu mai este aceeasi situație ca în schizofrenia simplă, unde de fapt nu se putea vorbi de o scădere intelectuală. Evoluția acestei forme hebefrenice până acum câțiva ani era cronică, întreruptă de pusee agravante și de faze scurte de remisiune incompletă. Acești bolnavi urmau să fie internați pe viață în spitalele de psihiatrie.

E.Kraepelin arăta că în evoluția hebefreniei se ajunge la o demențiere profundă cu afectivitatea tocită, gândire incoerentă și comportament nerod.

Introducerea chimioterapiei psihotrope a dus la noi posibilităţi de evoluţie. De pe acum se observă la cazuri tot mai rare ca după un timp variabil de evoluţie se produce stingerea procesului morbid şi constituirea unei stări sechelare definitive, care uneori să permită o reintegrare socială a bolnavului, dar la un nivel inferior celui anterior.

A.Bukowczyk, studiază infantilismul pe un număr de 560 bolnavi psihici, din care a selectat un număr de 5 cu trăsături de infantilism, pe care i-a studiat amănunţit din punct de vedere somatic şi psihic. Au fost cercetaţi nu numai bolnavii, dar şi părinţii şi rudele apropiate. Procesul schizofrenic la bolnavii aleşi a decurs după tipul hebefreniei sau a schizofreniei simple. Schizofrenia delirantă printre bolnavii cu infantilism manifest nu s-a observat. Boala a decurs favorabil, cu tendinţa la remisie. La toţi bolnavii cercetaţi au fost descoperite tulburări somatice şi psihice în sfera sexuală. Autorul emite părerea asupra naturii ereditare a infantilismului, totuşi atrăgând atenţia asupra unor factori exogeni, ca: alimentarea defectuoasă, bolile infecţioase, traumele şi, de asemenea, tulburările endocrine.

Q.N.Briel, J.F.Glass, consideră că în urmă cu 20 de ani reacţiile paranoide, catatonice şi hebefrenice se întâlneau cu aceeaşi frecvenţă, în timp ce în prezent, se remarcă o importantă predominare a tipului paranoid, în timp ce hebefrenia a devenit un fenomen rar. Cu toate opiniile stabilite în literatură, că hebefrenia ca tablou clinic se întâlneşte la vârstele cele mai tinere, comparativ cu cele catatonice şi paranoide, autorii susţin contrariul. După datele lor, tulburările hebefrenice survin în etapele mai tardive de evoluţie a bolii. Astfel, din 12 bolnavi numai la 4 simptomele hebefrenice au apărut până la vârsta de 30 de ani. Sindromul hebefrenic, după opinia autorilor, reprezintă o stare psihotică regresivă ca rezultat al spitalizarii îndelungate.

3. Schizofrenia hebefreno-catatonică

E.Papathomopoulos, W.F.Knoff, arată că termenul de "catatonie" a fost introdus în psihiatrie de către Kahlbaum în 1874, şi care privea catatonia ca o boală de sine stătătoare. Kahlbaum o considera ca o "încordare demenţială". Semnificaţia introdusă de Kahlbaum în noţiunea de "catatonie", ulterior a căpătat importanţa de simptom. Însuşi termenul înseamnă încordare, creşterea tonusului. Kahlbaum considera tensiunea (încordarea) musculară în catatonie ca o consecinţă a edemului cerebral. E.Bleuler, în 1911, scria că toate simptomele motorii apar şi dispar sub influenţa factorilor psihici. Baruk,

Bucuard, Kayser şi mai târziu Seyfarth, Wyller, au arătat că în catatonie curenţii de acţiune în muşchi nu se deosebesc cu nimic de potenţialele muşchilor normali. După Malnis, Shagass, Smith, datele experimentale nu susţin scăderea reactivităţii în schizofrenie. Dimpotrivă, sunt date despre creşterea reactivităţii la astfel de bolnavi. Autorii clasici şi îndeosebi Kraepelin au scris despre manifestările epileptice, care survin în schizofrenie şi în particular, în forma catatonică. Totuşi Hoch (1943), care a studiat EEG în acest plan, subliniază că el n-a observat cazuri de schizofrenie în care să se înregistreze complexul de unde caracteristic schizofreniei. De aici el conchide că între schizofrenie şi epilepsie nu există nici un fel de legătură.

D.Laskowska, I.Brzezinka, I.Wierzbicka, au observat un număr de 12 bolnavi în vârsta de 14 - 53 ani. La 7 dintre ei boala a survenit pentru prima dată, la 4 în decurs de câţiva ani s-a remarcat un proces schizofrenic cu evoluţie în crize cu tablou amentiv sau catatonic, cu hiperpirexie. Crizele au durat de la 3 la 5 zile. Chiar din prima zi a terapiei cu haloperidol (4-5 mg/zi) la bolnavi a apărut starea de linişte, diminuarea fenomenelor de negativism şi de excitaţie catatonică. În această perioadă, după 2 - 5 zile de la debutul terapiei cu haloperidol, s-au introdus suplimentar preparate fenotiazinice (clorpromazina, melesil, stemetil). Pe măsura creşterii dozelor de fenotiazine, s-a scăzut cantitatea de haloperidol. Dispariţia fenomenelor acute s-a remarcat după 7 - 14 zile de la debutul crizei.

Rezultatele pozitive obţinute atestă faptul că terapia combinată este cu mult mai eficace în asemenea cazuri, deoarece terapeutica cu o singură fenotiazină n-a putut preveni sfârşitul letal într-o proportie de 20 - 44%.

Catatonia idiopatică, după Bengal V. şi colab. (1993) este o forma care nu este inclusă în sistemele de clasificare existente. În această situaţie semnele catatonice nu pot fi asociate nici unei alte boli psihiatrice, existând independent şi deci neputând fi cuprinsă în clasificări. În acest caz este important diagnosticul diferenţial.

Catatonia cuprinde un ansamblu de tulburări psihomotorii. Forma tipică de catatonie se caracterizează prin: pierderea iniţiativei motrice, oarecare hipertonie musculară, fenomene parachinetice şi tulburări mintale (mai ales stupoarea şi negativismul) (H.Ey). Sindromul catatonic poate fi generat de diferite stări toxice sau infecţioase. Primul care a descris în ansamblu catatonia a fost Kahlbaum (1863), care a subliniat evoluţia sa "demenţială" caracteristică.

Raportându-se la catatonie, Kahlbaum nota: "Considerând prognosticul catatoniei, acesta se relevă prin caractere foarte diferite de ale paraliziei generale progresive care se prezintă ca cea mai gravă boală, în timp ce în

cursul catatoniei nu se observă un prognostic grav atât în ce privește evoluția mintală și mecanismul de vindecare, cât și în ce privește viața însăși".

E. Kraepelin a apropiat demența precoce a lui Morel de hebefrenia lui Hecker (1872) ca și de catatonia descrisă de Kahlbaum, scriind în 1905, următoarele: "Studiul demenței precoce se bazează pe studiile lui Kahlbaum și Hecker asupra catatoniei și asupra hebefreniei. Dat fiind că eu am ajuns, după numeroase observații, la concluzia ca nu este posibil, având în vedere cunoștințele actuale, de a separa aceste două forme una de alta și că la un același bolnav se poate produce în același timp catatonia și hebefrenia, este util de a reuni aceste două forme clinice ale bolii într-un mod riguros exact. Iată pentru ce trebuie format un nume nou. M-am străduit de a întrebuința conceptul de demență precoce care a fost introdus de către cercetatorii francezi în speranța de a ajunge la o mai buna grupare a formelor. Eu am ales termenul de demență precoce, deoarece acesta nu merge prea departe decât prognosticul obișnuit și dezoltarea tulburărilor în tinerețe urmează concepția care îmi pare a se raporta la grupele de bolnavi de care este vorba".

Se știe ca Leonhard a deosebit catatoniei:

- sub forme de predominanța excitației:
  - parakinetică;
  - proskinetică;
  - cu logoree declanșabilă.
- sub forme cu predominanța inhibiției:
  - negativistă;
  - manieristă;
  - posacă.

Hebefrenia este aceea care din toate formele de schizofrenie se însoțește cel mai frecvent de semne catatonice, astfel că la disociația ideo-afectivă se adaugă discordanța pe plan psihomotor, realizându-se hebefreno-catatonia.

Când catatonia debutează în fragedă copilărie simptomatologia este oarecum modificată. Franzek E. și colab. (1993) observă în acest caz manifestări de catatonie negativistă cu negativism verbal și sub acțiunea excitanților, autoagresivitate și comportament impulsiv. Dezvoltarea limbajului este deficitară sau blocată. Dezoltarea psihică este retardată.

A.V. Snejnevski include în forma catatonică a schizofreniei numai cazurile cu conștiință clară, deci numai catatoniile lucide. Această formă este precedată de anumite prodroame care se întind pe o perioadă de câțiva ani: astenie, apatie și sărăcire afectivă, tendința la autism, preocupări ipohondrice, apoi stări substuporoase care apar episodic. Debutul este, fie cu agitația urmată de stupoare, fie cu episoade de idei delirante, asemănătoare descrierii lui

C.V.Kerbikov din schizofrenia acută. Această din urmă modalitate de debut apare în special la bolnavii care se afla în situatii neobisnuite: (călătorie, oraş străin, lume necunoscută). Formele catatonice care debutează la vârste tinere se însoţesc adesea de simptome hebefrenice, fapt care justifică termenul de hebefreno-catatonie al autorilor francezi. Manierismul hebefrenului în această formă are deja un caracter catatonic. Se pot observa surâsuri nemotivate, strâmbături, grimase, izbucniri în râs. În determinarea psihomotorie este responsabilă de ambiguitatea celor mai simple gesturi (mâna întinsă şi retrasă, apropierea şi retragerea de uşa (Pollin). De asemenea, se notează stereotipiile, fixarea într-o formă invariabilă a diverse atitudini, gesturi sau acte, anumite expresii verbale repetate mereu, fără un scop precis, care sunt inadecvate circumstanţelor (A.Porot).

Cu ocazia examinării bolnavului, poate fi evidenţiată o anumită pasivitate motrice. Se înregistrează o contractură moderată a muşchilor, care pot fi mobilizaţi în funcţie de solicitări, opunând doar o uşoară rezistenţă (flexibilitate ciroasă), care se modelează pe atitudinile impuse şi le fixează, deşi poate muşchii sunt obosiţi (semnul pernei psihice). Aceşti bolnavi prezintă o sugestibilitate deosebită, ei se supun ordinelor fără a reacţiona în vreun fel, ca nişte automate. În funcţie de aderenţa la anturaj, pot apare: mimetismul gesturilor (ecopraxia), mimetismul cuvintelor (ecolalia), al mimicii (ecomimia), al interlocutorului, fără a fi nevoie de un prealabil ordin. În alte cazuri, din contra, se întâlneşte o opoziţie activă care poate ajunge până la negativism, cea mai spectaculară formă a autismului. În aceste cazuri de negativism, catatonicii, de obicei impietriţi ca nişte statui, se culcă pe o parte sau pe spate, sau se chircesc într-o atitudine fetală, rămânând inaccesibili celor din jur. Toate tentativele de a discuta cu ei sau de a-i mobiliza, se soldează cu esec. Sub această nemişcare aparentă există o activitate negativistă foarte vie, care poate fi evidenţiată prin examinarea atentă a bolnavului: intensitatea contracturii de opoziţie este direct proportională cu efortul de solicitare; refuzul alimentelor este total, şi de aceea apare necesitatea recurgerii la alimentaţia artificială, fapt care poate provoca din partea bolnavilor o reacţie de ostilitate. Alteori, negativismul se manifestă mai discret, sub forma unor atitudini reticente: ironie caustică, răspunsuri alăturea, îmbufnare (sindromul Ganser). Pe parcursul evoluţiei psihozei pot exista alternante de pasivitate şi negativism. Evoluţia cronică poate fi presărată de paroxisme care pot apare brusc şi neprevăzut, sau pot fi declanşate de anumite circumstanţe externe. Uneori, negativismul preexistent poate fi intensificat de apariţia unor accese scurte de stupoare. Alteori, apar însă în timpul puseului descărcări bruşte de impulsivitate, care pot duce la acţiuni negândite, brutale şi periculoase (impulsiuni catatonice). Pot

apare adevărate crize de furie foarte violente, cu agitație motorie în care lipsește cu totul rezonanța afectivă, bolnavii strigă, vociferează, verbigerează. În timpul unor astfel de crize, catatonicii pot comite crime dintre cele mai oribile.

Privit superficial, s-ar părea ca sindromul catatonic ar exprima numai discordanța psihismului. Însă deblocând mutismul negativism cu ajutorul drogurilor (soc amfetaminic sub narcoză barbiturică), sau, interogând schizofrenii catatonici în remisie, s-a putut constata, contrar aparențelor, că în starea catatonică există o descărcare afectivă intensă. În multe cazuri sensibilitatea la durere este diminuată mergând până la analgezie; mecanismul este explicat prin mai multe teorii (Jaculaschis J, 1991).

Baruk arată că existența în conștiință a imposibilității de a lua o inițiativă, a abuliei și pasivității, determină pe plan afectiv un puternic sentiment de "mort care traieşte". Există la catatonici o tendință puternică de a se opune, care determină uneori anumite conduite, în timp ce în conștiință apar episodic sentimente de anxietate (H.Ey).

Gândirea catatonicului se aseamănă cu cea onirică prin temele delirante (sexuale, mistice, metafizice) și prin ruperea de realitatea înconjurătoare.

Ellenberger considera psihismul catatonic ca un "amestec paradoxal de luciditate și de vis".

Referitor la sindromul catatonic, G.de Simone, analizează sub aspect clinic catatonia pernicioasă sau catatonia mortală, asupra căreia terapeutica encefalotropă i-a modificat aspectul clinic și prognosticul.

K.Kahlbaum (1902), fără a face o distincție netă din punct de vedere nosologic, a insistat asupra unor cazuri de schizofrenie cu sfârșit letal, fără o cauză bine decelabilă. Ladane și L.Redalie (1928), la începutul secolului s-au preocupat de diferențierea acestor stări, de delirul acut. Psihiatrii francezi vorbeau de delirul acut, înțelegând prin aceasta debutul subit al unei stări halucinatorii febrile cu agitație psiho-motorie, cu cointeresarea progresivă și ireversibilă a stării generale, slăbire și moarte rapidă. Și azi, în clinica psihiatrică franceză nu se face deosebirea dintre această formă a delirului acut și catatonia mortală.

Kozowski, considera că delirium acutum nu este o maladie, ci un sindrom care se poate găsi în mai multe boli.

Raportându-se la etiologie, Schule distinge o primă grupă de tipul meningoencefalitei cu leziuni cerebrale, care diferă de o a doua grupă de natură extracerebrală "Konsumptions-fieber".

Hewer W (1994) constată prezența unor cazuri de encefalită cu etiologie neclară ce s-au transformat apoi în psihoze, de exemplu în

schizofrenie catatonă. În aceste cazuri encefalita a căpătat o evoluție atipică sau probabil a declanşat procese de scleroză multiplă.

Richhardt considera că e vorba de o transformare importantă a creierului, o mărire de volum, ca urmare a hiperemiei edemului cerebral, a căror etiologie sau mecanisme ar fi de natură fizico-chimică, fenomene pe care le găseşte frecvent la bolnavii cu stupoare catatonică sau cu manifestări catatoniforme. Cel care a efectuat separarea clinică dintre catatonia mortală şi grupul heterogen de sindroame reunite sub denumirea de delirium acutum, a fost K.H.Stauder (1934).

K.H.Stauder, nu confirmă datele lui Reichardt, dar evidentiază simptomatologia unui sindrom vegetativ foarte important: febra, leucocitoza cu deplasare spre stânga, cianoza, labilitate vaso-motorie, predispoziție la sângerare, albuminurie. Boala cuprinde bolnavi la care nu se poate evidenția o cauză etiologică manifestă, bolnavii nefiind nici schizoizi, nici astenici, ci dimpotrivă, personalități bine adaptate şi sociabile. Autorul insista asupra simptomelor somatice tipice care predomină asupra celor psihice, relevând fenomene catatonice tipice, cu agitație, akinezie stuporoasă, negativism.

Stauder s-a bazat pe lucrările lui W. Scheidegger (1929), care clasifica stările catatonice în stări care survin după internări îndelungate şi după multe pusee de schizofrenie şi pe care le denumeşte catatoniforme. Pentru K.H.Stauder, catatonia mortală e un sindrom care iese din cadrul general al schizofreniei, constituind o boală cu totul particulară. totuşi autorul îşi pune problema dacă anemia pernicioasă nu este o reacție particulară la izbucnirea unui proces schizofrenic.

După lucrările lui K.H.Stauder, o serie de autori şi-au pus problema evidențierii substatului organic al acestui sindrom. Astfel, W.Scheidegger, incriminează encefalitele şi alte leziuni cerebrale.

R.jr.Gaupp (1940), insista asupra leziunilor hepatice; Lingjaerde, considera că ar fi vorba de o insuficiență hepatică suprarenală asociată; D.Jahn şi H.Greving (1936), compară starea de catatonie mortală cu reacțiile histaminice; O.H.Arnold (1949,1952,1953). O serie de studii catatonice acute cu sfârşit letal; conchide că în determinismul afecțiunii intervin o serie de factori care determină o epuizare a funcțiilor reglatoare ale organismului care în final duc la moarte. Ceea ce atrage atenția în lucrările sale este un fenomen psihologic frapant: cazurile de catatonie mortală au cunoscut o creştere semnificativă în Austria în cursul anilor 1938 în corelație cu tensiunea politică generală atât de cunoscută referitor la acea perioadă.

H.Knoll, considera că e vorba de o toxină care determină triada catatoniei mortale:

a) tulburări circulatorii (cianoza);

b) hipertermie;

c) psihoza tipică cu stupor sau hipermotricitate.

W.Geller şi C.Mappes (1952), cred că în catatonia mortală este vorba de un sindrom de adaptare în sensul lui H.Selye, deoarece în cursul bolii se observă cele două stadii de rezistenţa şi de epuizare.

G.Huber (1954), comunica un număr de 7 cazuri de catatonie mortală observate în decursul anilor 1949 - 1952 la Clinica din Heidelberg şi considera trei grupe de catatonie mortală:

a) rezultat al unei boli somatice cunoscute;

b) evoluţie catatonică în cazul unor psihoze schizofrene endogene;

c) evoluţie mortală pe terenul unui proces cerebral neclasificabil.

G.Huber citează în prima grupă un caz de paralizie generală progresivă.

E.Niedermeyer, de asemenea a invocat paralizia generală progresivă pentru a explica catatonia mortală. El deduce că catatonia mortală nu aparţine grupei schizofrenilor.

R.S.Ferguson (1958), citează un caz în care o pneumonie a antrenat o stare de catatonie mortală.

In ce priveşte tratamentul, O.H.Arnold insista asupra electroşocului, iar K.J.Fisher şi A.Greinar (1960) aplica hipertermia.

G.D.Simon, publica un număr de patru cazuri de catatonie mortală la care examenul anatomo-patologic pune în evidenţă drept cauza a morţii o bronho-pneumonie, iar în două cazuri o insuficienţă cardiacă şi consideră că combaterea deshidratarii hipertermiei şi epuizării diminua numărul cazurilor letale.

Spre deosebire de celelalte forme, catatonia este asociată cu o mortalitate timpurie mai mare atunci când nu este recunoscută sau tratată adecvat.

Mc Call (1995) arata că una din cauzele morţii la catatonici, cauză depistată de medici mai greu, este embolia pulmonară. Există multe cazuri de embolie pulmonară la catatonici unde diagnosticul se pune doar la necropsie. În acest sens, tratamentul profilactic cu anticoagulante merită investigaţii mai amanunţite.

J.M.Oughourlian, subliniază că din punct de vedere nosologic delirul acut intră în cadrul grupei mari a confuziei mintale şi a deliurilor confuzo-onirice. Hipocrate vorbea de "Phrenitis", apoi s-a vorbit de "Delirium" care

desemna o tulburare mintală simptomatică a unor afecțiuni cerebrale și organice acute.

Expresia de delir acut a desemnat o simptomatologie diversă caracterizată prin tulburări confuzionale , agitație și stare generala alterată, hipertemie, sitiofobie, denutriție rapidă și deshidratare. În Franta, după Calmeil, această stare a fost denumită delir acut sau "delir acut idiopatic", diferențiat de confuziile mentale, accesele de agitație maniacală, bufee delirante, deliruri toxiinfecțioase.

În tarile anglo-saxone se vorbește de formele acute sau mortale ale maniei.

Școala germană vorbește de deliruri febrile, confuzionale acute, etc., găsindu-se descrieri de tulburări mintale acute sub denumirea de "delir acut", "catatonie acută", "psihoze de epuizare", "psihoze grave ale motilitații", "formele febrile ale schizofreniei acute"etc.

Pe plan istoric menționăm că delirul acut a fost asimilat fie psihozelor periodice, fie schizofreniei.

Studiul cel mai modern, mai clar, mai obiectiv și mai complet al acestei probleme obscure și controversate a fost realizat de către E.Toulouse, L. Marchand și A.Courtois (1930), care publică studiul atât de cunoscut asupra encefalitei psihotice azotemice acute "care îmbracă tipul clinic al confuziei mintale cu agitație și realizează tabloul delirului acut", scriau autorii, distingând bolii patru stadii principale:

1) perioadă prodromică sau de inazie, care poate dura până la patru săptămâni, câteva zile numai, sau uneori lipsește.

2) perioadă de stare, cu febră, agitație incoercibilă și confuzie mentală, amintind expresia clinică a infecțiilor grave: tifoida, granulie: cinci la opt zile.

3) perioadă de acalmie: trei la cinci zile.

4) perioadă terminală cu torpoare progresivă (două la patru zile), apoi coma agonică de câteva ore".

În ce privește sindromul umoral, se constată azotemie extrarenală, fără leziuni renale, asociat cu tulburări electrolitice care se rezumă în: hipertonie asomatică marcată, hipercloremie, hipernatremie, hipokalemie, hiponatrurie, hiperkaliurie, cu diureză de volum normal. Se realizează astfel un sindrom de retenție cloro-sodică acută.

Când urmează un curs malign, catatonia acută sau subacută tinde să fie cauza scăderii în greutate și în câteva luni casexie, emaciere și marasm chiar. În general scăderea în greutate are un caracter periodic dacă tratamentul e bine condus. S-a observat că o metodă bună în acest caz ar fi terapia electro-conulsivă. (Monchablon A.J. 1991).

Leziunile cerebrale sunt de natura unei encefalite difuze sau degenerative care, după H.Ey, recunoaşte trei modalităţi etiologice principale:

1) encefalita acută psihotică azotemică primitivă (idiopatică, criptogrnetică, esenţială), survine fără o cauză apreciabilă la un individ în plină sănătate;

2) poate apare în cursul unei psihoze recente, vechi sau recidivante;

3) poate apare secundar în cursul celor mai diverse infecţii.

Au fost enumerate diferite forme etiologice, printre care citãm: puerperale, gripale, accinare antitifică, infecţie, urlianie, tiroidectomie, şoc caloric, procese expansive intrauretrale, encefalite prin virus A.P.C., prin emoţii, ceea ce face să putem considera delirul acut ca un sindrom şi nu ca o boală.

Dupa opinia lui L.Marchand este vorba de o "intoleranţa nervoasă", un tip de reacţie a sistemului nervos central la acţiunile toxiinfecţioase. "Cauzele aparente sunt nespecifice şi multiple, ele pot fi atât grave cât şi benigne şi nu există o proporţionalitate între intensitatea cauzei aparente şi gravitatea tulburărilor. Deoarece agentul nociv este aşa de variabil se poate admite că starea morbidă ţine de subiectul însăşi. (L.Marchand).

Aşa cum observa H.Ey, "sindromul delir acut este o reactie catastrofică a organismului bolnav" în care predispoziţia individuală şi reacţia sa particulară la condiţiile stressante apar pe primul plan.

M.Zlotlow, S.Kleiner (1965).

În 1880 Bourneville a descris scleroza tuberoasă ca o formă nozologică particulară; în 1908 Vogt a deosebit triada simptomatică care caracterizează aceasta boală: epilepsie, defect psihic şi adenom galben al feţei, cu frecvente tumori viscerale. În 1911, Sherlock a propus pentru tuberoza scleroasă denumirea răspândită de atunci în literatura engleza sub denumirea de "epiloid". Cauza bolii este determinată de o gena dominantă din generaţiile precedente sau de o mutaţie genetică. Boala se manifestă la copilul după 3 ani, dar există relatări şi despre debutul mai tardiv (40 şi chiar 60 ani). Boala se caracterizează printr-un mers lent progresiv; mulţi bolnavi decedează (de cele mai multe ori prin stres epileptic), dar unii supravieţuiesc până la bătrâneţe.

Kinnier Wilson remarca că prognosticul este cu atât mai favorabil, cu cât mai puţin grave sunt tulburările psihice care însoţesc boala; nefavorabilă este evoluţia atunci când boala apare precoce.

În ultimul timp s-au acumulat tot mai multe date privind formele abortive şi atipice ale sclerozei tuberoase. Aceste forme pot fi uneori greu de apreciat, deoarece triada simptomatologică clasică se reduce la una, două

simptome, ceea ce face ca în mod frecvent gândirea mediului să fie îndreptată în altă direcție.

Fenomenele psihotice ale sclerozei sunt nu rare. Încă din 1932, Critchley şi Earl au dat descrierea clasică a psihopatologiei acestei boli al cărei semn mai frecvent apare asocierea defectului intelectual cu simptomele primitive ale schizofreniei catatonice. Nivelul fenomenelor psihotice nu depinde de gradul insuficienței intelectuale, deşi ambele fenomene sunt suficient de intim legate între ele. În calitate de ilustrare, autorii aduc o observație calificată ca schizofrenie catatonică, asociată cu tuberoza scleroasă care a debutat tardiv, dar cu toată triada simptomatică. În acest caz caracteristică era asocierea simptomatologiei sclerozei tuberoase cu schizofrenia catatonică, la care în mod rapid s-a dezvoltat defectul intelectual. Autorii consideră că, cazul prezentat susține presupunerea general cunoscută, că unele tipuri de patologie cerebrală sau disfuncții produc la o aceeaşi persoana şi întârzierea dezvoltarii psihice sau a scăderii intelectuale, şi schizofrenia.

D. Laskowska, E. Kuczynska, T. Wierzbicki, au studiat 93 bolnavi cu sindrom Stauder, dintre care 40 au primit terapie cu antibiotice, salicilat, vitamine şi cardiotonice. Mortalitatea a atins 45%. La 50 bolnavi, alături de terapia de mai sus, au primit neuroleptice, mortalitatea scăzând până la 20%. În 3 cazuri rezultate bune s-au obținut prin aplicarea TCE. O importanță pentru terapie o are administrarea precoce a neurolepticelor la bolnavii agitați. În acele cazuri în care se remarcă creşterea temperaturii, clorpromazina este contraindicată şi se va administra haloperidol, taxilan, taractan.

Un studiu imagistic al creierului făcut pe schizofreni catatonici de către Satoch k şi colab. (1993) au relevat o utilizare mai scazută a glucozei marcate radioactiv în lobul frontal dorsal şi lobii parietali ai ambelor emisfere cerebrale folosindu-se tehnica PET. De asemeni prin SPECT s-a observat o diminuare a debitului sangvin regional în aceleaşi regiuni. Regiunea dorsala a lobilor fronto-parietali s-a evidențiat bine prin imagistică 3D. Aceste observații subliniază rolul lobilor dorso-frontal şi parietal în patogeneza sindromului catatonic.

L.R.Gjessing a studiat somatologia catatoniei periodice. Începând cu 1932 până în 1965 el a publicat o serie de lucrări, iar împreună cu Kjdastad a cercetat EEG. Delimitarea formei periodice a psihozei este legată de natura interna a ritmului alfa. Din literatură se ştie că modificarile EEG în catatonia periodică se exprimă înainte de toate prin modificări ale ritmului alfa, care se corelează cu starea psihică. Totuşi, a prezice tipul modificărilor, cu toată corelația, nu este uşor să determini caracterul complex şi în particular fazele de

evoluție a bolii. În acele cazuri când sunt prezentate fazele psihotice și remisia, în mod corespunzator trebuiesc corelate și clasificate EEG, în funcție de starea de stupor sau excitație.

Astfel, Bonkalo, descoperă o scădere a ritmului alfa cu frecvența în stuporul catatonic. În acele cazuri în care boala se apropie de PMD de două sau trei faze (melancolică, maniacală, cu afect normal), este greu să compari modificările cu catatonia periodică pură, aceste cazuri trebuind să fie studiate suplimentar. Din 3 cazuri studiate de autori prin metoda specială de studiu a EEG, au descoperit modificări ale ritmului alfa pe un număr de 140 EEG înregistrate în cursul bolii. S-a putut stabili o corelație între eliminarea catecolaminelor și metaboliților lor, modificarea ritmului alfa și alți factori, care caracterizează EEG. În particular atrage atenția creșterea frecventei undelor alfa și scăderea amplitudinii lor în perioadă fazei psihotice. Se determină legătura dintre frecvența undelor alfa și excreția acidului 4-hidroxi-3-metoxi-mandelic și normetaadrenalina, ceea ce permite presupunerea că este o legătură între aceste modificări și starea sistemului nervos simpatic.

R.Gjessing, L.Gjessing, disting două faze în evoluția bolii: faza de **remisie**, în care se observă simptome clinice abia perceptibile și faza **reactivă** care apare sub forma excitației catatonice sau a stuporului. În faza de stupor a fazei reactive, aceasta de obicei durează scurt, mai puțin decât faza de remisie, situația este inversă în excitația catatonica. Durata fazei la unul și același bolnav este relativ constantă. Tipică apare acea evoluție periodică a catatoniei, când stuporul sau excitația încep acut sau chiar brusc (tipul sincroni-sintonic); mai rar se observă debutul lent (tipul desincron și sintonic). În faza de remisie starea somatică a bolnavilor se caracterizează prin predominarea tonusului vegetativ colinergic cu plus lent (50-60 pulsatii pe minut), scăderea nivelului proceselor oxidative (cu 10 - 35%) leucopenie (2000 - 4000), limfocitoză (40 - 55%) și o scădere a glicemiei a jeune (75 - 90 mg%).

Prin trecerea bolii în faza reactivă (durata perioadei de trecere este de la câteva ceasuri la 1 - 2 zile), se remarcă labilitate vegetativă, care se exprimă prin variabilitatea pulsului (cu oscilații de la 50 - 110/minut), cu oscilații ale diametrului pupilar (de la mioza până la midriaza foarte marcată). Numai după 1 - 2 zile intervine "stabilizarea în stare adrenergică". Modificările somatice, care se observă în excitația catatonică, se exprimă prin tahicardie, ușoară creștere a tensiunii arteriale, midriaza, paliditate, leucocitoza moderată, neutrofilie, creșterea glicemiei a jeune (100 - 120 mg%), scăderea VSH și diurezei. În faza de stupor se observă: creșterea pulsului (90 - 120/minut), paliditatea și ingrașarea feței, tendința la dilatare pupilară, hipersalivație, tendința la subfebrilitate, pierderea apetitului, tendința la constipație, retenție

de urina, leuco şi neutrofilie manifestă, încetinirea bruscă a VSH-ului, pierderea ponderală etc. În felul acesta, cu toate că tabloul clinic este diametral opus, modificările somatice în stupor şi în excitaţia catatonică, în principiu sunt aceleaşi. În stupor ele sunt mai bine exprimate, ceea ce probabil depinde de gradul mai mare sau de gradul mai mic de rezistenţă în raport cu substanţele toxice. Ciclul format din faza de remisie şi fazele reactive, corespund "sindromului metabolismului azotat", cu faze de balansare pozitivă şi negativă a azotului (retenţia de azot în faza reactivă). La cei mai tineri este posibilă o compensare "funcţională" a tulburărilor metabolice, putând surveni chiar însănătoşirea. În cazurile în care o astfel de tendinţa spontana spre însănătoşire şi compensaţie lipseşte, terapeutica corespunzatoare (dieta, tireoidin), poate compensa, dar nu şi înlătura abaterile funcţionale.

L.R. Gjessing, arată ca sărurile de Li întrerup sindromul maniacal şi maniaco-depresiv. Cum catatonia periodică are multe elemente comune cu sindromul maniaco-depresiv, au fost administrate săruri de litiu. Un bolnav de 52 de ani, în decursul unui şir de ani a prezentat crize tipice de catatonie periodică, sub forma de stupor, care durau obişnuit 3 - 4 săptămâni şi care surveneau după fiecare 3 - 4 săptămâni. În decurs de 3 luni i sau dat săruri de litiu (35 m-echi.) cu scopul de a-i vedea acţiunea asupra stuporului ca şi asupra intervalului intercritic. Aceasta a avut ca rezultat alungirea intervalului dintre crize până la 6 săptămâni, însă fazele psihotice nu au suferit nici o influentă în ce priveşte durata.

4. Schizofrenia paranoidă

Este forma cea mai completă. Caracteristic acestei forme este producţia delirantă paranoidă, care ocupă primul loc, autismul şi disociaţia ideo-afectivă putând fi mai puţin reprezentate. O altă caracteristică este apariţia acestei forme mai tardive, de obicei în jur de 30 de ani. Personalitatea şi capacitatea de inserţie socială se păstrează intacte un timp mai îndelungat, comparativ cu celelalte forme, iar modificările activităţii generale şi simptomele catatonice sunt mai rar întâlnite.

Majoritatea autorilor, printre care şi H.Ey, consideră că delirul exista chiar înainte de a fi exprimat cu ajutorul ideilor delirante. Deşi considerat de Bleuler un simptom secundar, "accesoriu", delirul este totuşi indispensabil în diagnosticul schizofreniei paranoide. Perioada iniţială a acestei forme durează câţiva ani, fiind mai îndelungată faţă de celelalte forme ale schizofreniei.

Uneori, ea poate fi constituită de o perioadă pseudonevrotică, de perioade scurte cu aspect depresiv, neurastenic sau isteric, dar se întâlnesc şi perioade obsesivofobice, sau dismofobice. Trebuie să facem diferenţierea între starea delirantă care poate apare la debutul bolii, cu caracter tranzitoriu şi delirul secundar cronic, permanent. Starea delirantă, denumită de Jasper experienţa delirantă primară, durează mai puţin timp, de obicei câteva ore, traducând disociaţia ideo-afectivă prin: tulburări de sensibilitate, tulburări în relaţiile cu lumea înconjurătoare, pierderea familiarităţii cu anturajul. Este o experienţa neobisnuită şi bizară (H.Ey), este o înstrăinare de sine (Follin). Această "explozie" se însoţeşte şi de o descărcare afectivă. Conţinutul acestei stări variază, uneori întâlnindu-se euforia expansivă, bolnavul se crede atotputernic, este vesel. Alteori însă, mult mai des, bolnavul este în panică, este invadat de teamă, presimte catastrofe iminente, fie în privinţa lui, fie chiar a lumii din jur (există sentimentul de sfârşitul lumii). Delirul este întreţinut de halucinaţii senzoriale şi cenestopatice şi de intuiţii fulgerătoare. Orientarea în timp şi spaţiu fiind tulburată, dispar frontierele care-l despart pe bolnav de mediu şi el percepe atât transformările din propriul său corp, cât şi cele din jurul său. nu-şi mai poate controla gândirea cuprinsă de haos şi apar astfel, idei şi cuvinte parazite, actele sale nu mai sunt gândite.

Baruk arata că, pe lângă aceste tulburări în gândirea interioară, bolnavul mai are şi sentimentul de dedublare, de "a fi influenţat", de a se conduce după voinţa din afara lui. Bolnavul se simte diferit, altul,modificat. Astfel, în cadrul acestei încercări de depersonalizare, apare sindromul de automatism mintal descris de G.de Clerambault, uneori chiar din primele etape ale bolii.

V.M.Radins considera că numai în forma paranoidă se întâlneşte debutul prin depersonalizare. Instalarea delirului cronic este condiţionată obligatoriu de apariţia anterioară a acestei stări delirante primare, însă aceasta din urma poate evolua şi spre dispariţia rapidă a tulburărilor, fără a mai urma cronicizarea. În alte cazuri, aceste experienţe delirante pot apare de mai multe ori, succedându-se la anumite intervale de timp, care se scurtează de la un puseu la altul, până se ajunge la instalarea unei activităţi delirante cronice. Pot apare noi episoade primare, denumite "momente fecunde", chiar după instalarea delirului cronic, presărând evoluţia sa cu nişte pusee evolutive. Ele trebuiesc căutate cu grijă în anamneza bolnavului, având în vedere valoarea lor prognostică defavorabilă.

Delirul cronic paranoid, specific schizofreniei, se caracterizează în esenţă prin sindromul discordant. Originalitatea acestui delir este dată de structura sa şi nu de mecanismul sau tematica sa. În privinţa conţinutului sau, se pot întâlni toate temele delirante, traducând perturbarea relaţiilor bolnavului

cu lumea înconjurătoare. Astfel, perturbarea relațiilor sociale dă naștere la teme de persecuție: urmărire, persecuție, gelozie, frustrație, complot politic. Gândirea fantastică (magică) și simbolică în general coexistă cu gândirea realistă la schizofrenii paranoizi dar spre deosebire de persoanele normale prima formă de gândire este într-o proporție mult mai mare, proporție care variază de la individ la individ. Tulburările somatice furnizează teme hipocondriace: transformare sexuală, metamorfoza organelor, zoopatie, posesiune diabolică. Perturbarea relațiilor familiale poate alimenta un delir de filiație, în care bolnavii își înlocuiesc părinții cu personaje imaginare. Temele magalomaniace se întâlnesc mult mai rar. Delirul se poate dezvolta și în mod interpretativ, bolnavul având impresia că este observat oriunde s-ar duce, că în mulțime nu mai e un anonim, că se vorbește numai de el, că se fac gesturi jignitoare la adresa lui. Delirul paranoid recunoaște același mecanism ca și celelalte deliruri.

În acest delir, halucinațiile psihosenzoriale și cenestezice sunt mult mai importante decât producția imaginativă sau interpretările. Prin aceste halucinații se evidențiază tulburările de adaptare ale eu-lui, bolnavul nu mai deosebește ceea ce e în interiorul sau în exterior, tulburare descrisă, de Wernicke, sub numele de tranzitivism. Uneori, există o activitate halucinatorie nocturnă: comploturi, zgomote care se aud în noapte. Câteodată, nu există idei delirante propriu-zise, ci numai halucinații, în special auditive. Ideile delirante pot rămâne în stare embrionară. Există schizofreni paranoizi fără halucinații - aceștia sunt în special schizofrenii cverulenți. Aici este cazul să amintim că în cadrul extinderii conceptului de schizofrenie se pune problema relațiilor dintre paranoia și schizofrenie, dintre cele doua noțiuni fundamentale: sistematizare delirantă și autism.

Tokano, R. (1994) definește simptomatologia "intruşilor". Pentru exemplificare este descris delirul unui grup de pacienți structurat după cum urmează: "cineva intră în camera mea în timpul absenței mele și îmi mută, fură sau încurcă lucrurile personale, câteodată intrusul îmi împrăștie tot felul de lucruri urâte sau: "Un bărbat tânăr mă observă tot timpul și îmi critică comportamentul".

Aceste simptome legate de "intruși" sunt mai frecvent observate la femei și rar întâlnite la barbați.

Marea majoritate a acestor cazuri trăiesc singure.

Deci, rezumând, acest sindrom "al intruşilor" constă în credința că cineva sau ceva murdar le violează spațiul privat și îi frustrează de curățenie, libertate și securitate.

Cercetările lui A.V.Snejnevski şi colab.asupra evoluției acestei forme de schizofrenie, duc la următoarele rezultate: în faza inițială (perioada paranoică a schizofreniei paranoide) delirul ar fi sistematizat şi de tip interpretativ fără halucinații. Următoarea perioadă în evoluția bolii este cea paranoid-halucinatorie cu sindromul Kandinski-Clerambault, şi în final, în unele cazuri poate exista o etapă parafrenică, cu un element nou, delirul de mărire fantastic sau confabulator. Uneori, în cursul ultimelor două etape, pot apare fenomene catatonice.

Conrad consideră că în perioadă terminală a bolii, odată cu scăderea potențialului energetic şi cu sărăcia emoțională, creşte complexitatea simptomelor prin apariția unor simptome catatonice, a unui delir fantastic de mărire sau ipohondriac, dispoziții maniacale sau disforice, uneori întâlnindu-se tabloul schizofreniei. acești autori includ cele patru faze ale psihozei cronice halucinatorii descrise de Magnan în forma paranoidă. Deci, ei înglobează în sfera schizofreniei toate delirurile cronice nehalucinatorii sau halucinatorii (paranoice sau parafrenice).

Disociația ideo-afectivă, care este de fapt esența schizofreniei, se traduce în structura paranoidă a delirului. Alături de seria delirantă, la acești bolnavi trebuie să semnalăm "deficitul", care se găseşte totdeauna mai mult sau mai puțin reprezentat. Cu mijloacele actuale de investigație se găsesc aceleaşi tulburări în toate fazele de debut (excitație, melancolie maniacă, confuzională sau catatonică), însă în cazurile "secundare" deficitul se află pe primul plan. De asemenea, astfel de bolnavi pot să manifeste alături de halucinații constante sau de deliruri nesenzoriale, o capacitate intelectuală normală. Temele delirante se schițează treptat, plecând de la experiența delirantă primară, pentru că odată constituite, să rămână cristalizate. Ele nu au nici o legătură între ele, nu se înlănțuie într-o rețea coerentă, ci rămân împrăştiate şi imuabile, reproduse la nesfârşit în mod stereotip. Acest delir rau sistematizat, odată cu evoluția bolii şi cu progresiunea autismului, în timp ce bolnavul se retrage tot mai mult în lumea să închisă, devine tot mai ermetic, tot mai puțin inteligibil. Bolnavul va trăi în lumea sa ca într-un vis, având un comportament redus la maşinal în lumea exterioară (H.Ey). Jakubik A şi colab. a analizat comparativ 90 de pacienți cu schizofrenie paranoidă şi 90 de subiecți sănătoşi folosind diverse teste: Plutchick's LSI - Test, Spielberger's STAI-Test, Swustowa's-Egocentric Asociation Test, Inventory of Self-Description. Rezultatele au indicat ca schizofrenii paranoici în comparație cu persoanele sănătoase folosesc mecanisme specifice de apărare (analiza rațională să neagă) şi au un nivel mai înalt al egocentrismului.

Uneori paranoizii scriu sub influenţa ideilor delirante lucrări literare sau ştiinţifice, memorii, denunţuri sau reclamaţii şi pot trece chiar la materializarea delirului de care sunt stăpâniţi prin măsuri de apărare, asocibilitate. Uneori însă, schizofrenul paranoid îşi păstrează relativ capacitatea de a raspunde la solicitările profesionale şi sociale, graţie fenomenului de dublă orientare cu izolarea, incapsularea delirului. O menţiune trebuie făcută despre "demenţa paranoidă" descrisă de Kraepelin care insistă asupra fazei de debut melancolice, după care se găsesc simptomele obişnuite ale schizofreniei. Aici trebuie amintite şi delirurile presenile de prejudiciu care afectează adeseori aceasta formă. G.A.Foulds, A.Owen (1963) deosebesc două grupe a stărilor paranoide care se deosebesc între ele prin mai mulţi parametri. După nivelul şi capacitatea de integrare, autorii deosebesc paranoizii "integrat" şi "neintegrat", ultima grupă fiind îndeosebi caracteristică bolnavilor de schizofrenie. Autorii deosebesc o dinamică ce trece de la paranoia la parafrenie şi schizofrenie paranoidă.

Majoritatea autorilor consideră că majoritatea cazurilor cu sindromatică paranoică se caracterizează prin:

a) dominarea delirului cu tendinţă la sistematizare incluzând totdeauna idei de grandoare şi persecuţie;
b) structura personalităţii este apropiată de psihozele paranoide;
c) vârsta mai înaintată a bolnavilor la debutul bolii;
d) lipsa trăsăturilor demenţiale şi a tulburărilor de gândire;
e) marea rezistenţă la diferitele modificări şi cu un bun prognostic, bolnavii petrecându-şi viaţa de obicei în afara spitalului de psihiatrie şi păstrându-şi capacitatea de adaptare în condiţii optime sociale.

E.Kraepelin (1915-1921) considera paranoia ca o boală rară care nu intra în cadrul demenţei precoce de tip paranoid.

E.Bleuluer considera că există o paranoia pură, pe care o referă schizofreniei.

O altă serie de autori considera paranoia ca o boală de sine stătătoare şi care nu este legată de schizofrenie. Se deosebesc de schizofrenie de asemenea stările paranoide şi parafrenia, acestea alcătuind grupe nozologice separate.

Pe de altă parte stările paranoide nu evoluează după tipul schizofreniei, totuşi ele pot lua un tablou schizofreniform în cazul unui organism epuizat. Parafrenia are cu mult mai multe asemănări cu paranoia decât cu schizofrenia.

H.J. Haase aduce în discuţie importanţa fenomenelor paranoide şi paranoid-halucinatorii la femeile celibatare, pentru a încerca o explicaţie a psihozelor paranoide şi halucinatorparanoide şi în particular a schizofreniei.

Celibatul apare ca bază a creşterii sentimentului de anxietate, a neîncrederii, a lipsei de apărare şi de aici structura unor trăiri paranoide, şi îndeosebi la persoanele nevrotice cu suferinţe cerebrale sau cu simptomatică psihotică. Psihozele delirant-halucinatorii la celibatarele de vârstă medie şi înaintată, dacă nu sunt etichetate ca schizofrenie, atunci, după opinia autorului, se pot aprecia ca fiind expresia unor fenomene de decompensare în prezenţa unei predispoziţii. Stabilirea unor predispoziţii ereditare la femeile celibatare în antecedentele premorbide în majoritatea cazurilor nu se poate realiza. Numai în unele cazuri condiţiile exterioare ale celibatului şi izolarea ar putea constitui mecanismul declanşator al decompensării în cazul unei predispoziţii latente la schizofrenie. În alte cazuri tulburarea compensării ar putea fi determinată de o serie de factori somatici ca de exemplu: sarcina, climacteriu, involuţie, epuizare.

Se subliniază că în ce priveşte schizofrenia, la un pol se află criza pubertară cu elementele sale catastrofice, adesea caracterizată ca o stigmatizare endocrină, la celălalt, celibatul şi menopauza.

A.Stenback, R.Rimon au studiat pentru prezenţa simptomelor ipohondriace un număr de 200 bolnavi şi au descoperit la 49,1% dintre nevroze, la 21,7% psihoze. Suplimentar, în acelaşi scop au studiat 75 bolnavi cu diagnosticul de paranoia sau cu reacţii paranoiace. S-a evidenţiat că simptomele ipohondriace se întâlnesc şi în stările paranoice, dar numai foarte rar (2% din cazuri), în timp ce în schizofrenie în 28% din cazuri. Autorii ajung la concluzia că paranoia şi ipahondria se exclud una pe alta.

Ca exemplu celebru de schizofrenie paranoidă putem semnala cazul lui Camille Claudel, descris de Aules J. Aceasta a fost internată în spital la vârsta de 50 de ani, dar de fapt boala debutase cu mult înainte, observându-se o personalitate morbidă. Viaţa lui Camille Claudel a fost întotdeauna o tragedie, dar dragostea ei pentru Rodin nu poate fi corelată în vreun fel cu boala. Acest sentiment a fost doar un simptom al dezechilibrului psihic. A rămas 30 de ani în spital şi a fost diagnosticată cu schizofrenie paranoidă cu delir polimorf sistematizat cronic, pe teme de persecuţie.

b) Alte forme clinice de schizofrenie

1. Forme evolutive, a căror importanţă numerică nu încetează să crească din cauza puterii tratamentelor psihotrope. Într-adevăr, formele foarte evoluate sunt acum mai rare, hebefreniile pure lent agravate sau bolnavii

paranoizi desociabilizaţi. În practică, activitatea psihiatrică actuală este orientată spre formele remitente. Boala evoluează în general lent spre o dezagregare a personalităţii. Uneori, evoluţia se face prin pusee separate de perioade mai lungi sau mai scurte de remisiuni incomplete.

Formele recurente ale schizofreniei (P.Richter, A.V.Snejnevski) au diferite denumiri după autori: periodice, intermitente, schizoafective, mixte, atipice etc. Toate exprimă caracterul reversibil, în accese ale evoluţiei acestei forme, care apar la intervale neregulate. La început, puseele sunt separate de perioade de linişte, pentru ca în evoluţie să se ajungă la tulburări psihice constante, şi anume: astenie psihică, scăderea activităţii, iniţiativei şi energiei.

Capacitatea de muncă, ca şi posibilitatea continuării studiilor, deşi păstrate intacte mult timp, sfârşesc şi ele prin a fi interesate. În această formă, sărăcirea afectivă, autismul şi bizareriile nu ocupă un loc prea important. În schimb, apar frecvent fenomene alergice şi reacţii puternice la stress. Puseele sunt declansate de anumiţi factori nocivi: psihogeni, infecţioşi. Evoluţia acestor forme este relativ favorabilă.

A.V.Snejnevski citează o serie de simptome comune tuturor formelor recurente: tulburări afective, tulburări de conştiinţa de tip oneiroid, delir fantastic, simptome catatonice, automatism psihic. El include între aceste forme şi schizofrenia circulară, depresivo-paranoidă, catatonia oneiroidă şi catatonia febrilă sau hipertoxică (mortală). De câtiva ani au apărut posibilităţi evolutive neobişnuite datorită folosirii drogurilor psihotrope în terapie. Aşa sunt stările sechelare care rămân după stingerea procesului patologic al hebefreniei, cu posibilitatea unei reintegrări sociale inferioare nivelului initial (S.Follin), sau, în cazurile mai puţin fericite, cu aplicarea unei asistenţe mai liberale decât înainte. În forma clinică de stabilizare a schizofreniei "reziduale" nu se mai întâlnesc de loc anumite tablouri care existau înainte în mod excepţional. Este cazul unor deliruri expansive, cu mecanism imaginativ care pot apare, deşi s-a reluat contactul cu lumea înconjurătoare, după dispariţia activităţii halcinatorii. Aceste deliruri marchează o dezvoltare a visării schizofrenice sterile şi stereotipe.

J.Dehu, M.Anty, descriu cazul unei bolnave de 22 ani, cu debilitate mintală la care de la 14 ani s-au observat diferite tulburări psihice şi neurologice, de scurtă durată, cu caracter paroxistic (stări disforice cu tentative suicidare, dramomanie, crize tonice, tulburări neuro-vegetative, episoade psihotice). Pe baza reversibilităţii tuturor tulburărilor şi a rezultatelor negative pneumo şi electroencefalografice, autorii conchid asupra formei particulare de schizofrenie intermitentă. L.Marchan discutând asupra acestui caz, îl încadrează în "formele encefalopatice" cronice ale schizofreniei.

Uneori survin **accidente disociative acute**, pe un fond nepatologic, după care urmează reîntoarcerea la starea anterioară. Autorii anglo-saxoni le-au numit schizofreni acute. De obicei însă, se apelează la alte denumiri pentru a desemna aceste stări: stări disociative acute, *bufee delirante paranoide*, având în vedere nepotrivirea celor două cuvinte "schizofrenie" şi "acută". Aceste accidente acute, la fel ca puseele evolutive din schizofrenia caracterizată, se pot repeta la anumite intervale de timp, constituind adevărate psihoze paranoide periodice, care, prin structură sunt schizofrenice, dar prin ritmicitatea lor, se apropie de psihoza maniaco-depresivă. În mod analog, s-au observat şi catatonii periodice (catatonia alternativă descrisă de Naecke, 1893), studiate mai ales pe plan biologic. În aceste cazuri, cea mai importantă este starea psihică intercritică. Spre deosebire de schizofrenie în care fiecare puseu este urmat de o agravare, aici se asistă la o reîntoarcere la aceeaşi stare dinainte de puseu. Aceste forme sunt foarte interesante, deoarece pe plan teoretic repun problema frontierelor dintre schizofrenie şi psihoza periodică, iar practic, arată ca psihozele disociative nu mai au un prognostic inevitabil catastrofal.

K.Noreik, C.Astrup, O.S.Dalgard, R.Holmboe, studiază catamnestic un număr de 219 bolnavi cu schizofrenie acută şi psihoze schizofrenice, care au fost internaţi în perioada 1938-1950. Cercetările catamnestice au fost realizate de două ori - în anii 1956 şi 1966. După 10 ani cercetarea datelor catamnestice a remarcat o dinamică corespunzătoare: numarul bolnavilor cu defect schizofrenic a scăzut (de la 61 la 46%), îndeosebi pe seama epuizării treptate a micilor modificări ale personalităţii şi a tulburărilor delirante sistematizate. Contingentul bolnavilor cu prima internare n-a depăşit 6 luni până la intrarea în staţionar. Au fost excluse psihozele reactive, P.M.D. În toate cazurile luate în considerare, au fost prezente următoarele fenomene: trăsături catatonice, tulburări emoţionale, depersonalizare psihotică, pasivitate, tulburări ale proceselor de simbolizare, halucinaţii, forme deosebite de halucinaţii auditive - auzirea gândurilor, halucinoza verbală, glasuri care comentează şi care ies din diferitele părţi ale corpului, megalomanie religioasă sau de alt tip, idei de origine (descendenţă) superioară, fantezii erotice, idei fantasme de gelozie. La mulţi bolnavi cu schizofrenie siptomatică s-a observat numai o perioadă scurta de timp. La unii bolnavi, simptomele descrise se asociau cu tulburări de conştiinţă, tulburări depresive şi alte fenomene favorabile din punct de vedere prognostic, decât simptomele descrise mai sus, ceea ce a permis lui Langfeldt (1939) să clasifice aceste cazuri drept psihoze schizoforme. Autorii delimitează grupa schizofreniei nucleare cu prognostic defavorabil iar grupa formelor atipice de boală cu prognostic favorabil, autorii nu o realizează.

Autorii delimitează cele mai importante modificări care survin la bolnavi în decursul evoluției bolii, ceea ce permite formularea unor criterii prognostice. Autorii remarcă faptul că în 1966, o proporție de 56% din bolnavii cu schizofrenie au prezentat stări defective și 36% din psihozele reactive. În grupa schizofreniei nucleare au fost 76 bolnavi cu simptomatică schizofrenică și paranoidă (86 și 69%) respectiv au dat stări cu defect avansat). În afară de aceasta, s-a delimitat o grupă de schizofrenie atipică (140 bolnavi) cu simptomatologie catatonică și psiho-afectivă. În această grupă, în 1966, s-au remarcat 36% stări defective printre bolnavii cu simptomatologie catatonică și 25% printre bolnavii cu fenomene schizoafective. Pe baza cercetărilor catamnestice autorii disting grupa schizofreniei nucleare și o grupă heterogenă de forme atipice, în care intră psihozele schizoafective și nesistematizate, psihozele schizoforme și care, după opinia autorilor, nu apar ca proprii schizofreniei.

Există o serie de cazuri în a căror evoluție nu predomină net nici un sindrom fundamental, și care se încadrează în **schizofrenia polimorfă** (descrisă de o serie de autori, printre care și De Achte. Fără a ne orienta după Mayer-Gross care admite cu ușurință treceri dintr-o formă în alta de schizofrenie, sau după compartimentarea rigidă a lui Kleist și Leonhardt, trebuie uneori să încadrăm într-o rubrică specială cazurile de schizofrenie cu polimorfism atipic al evoluției.

Schizofrenia ipohondrică, cuprinde forme ușoare de boală cu predominanța ideilor ipohondrice și a cenestopatiilor. Semnele ipohondrice au fost descrise încă de E.Kraepelin și E.Bleuler. Schizofrenia ipohondrică, ca formă clinică a schizofreniei, e recunoscută de mulți autori: S.I.Konstorum, 1949; C.N.Mamot, 1940, 1957; M.O.Gurevici, 1949; V.A.Ghiliarovschi, 1954; alți psihiatri însă nu acceptă existența acestei forme.

G.Huber (1953 - 1958) face mențiunea unei "schizofrenii cenestezice", denumită și "somato-ipohondrică". La începutul evoluției bolnavii au atitudine obiectivă în fața propriilor cenestopatii, pentru ca ulterior să apară ideile ipohondrice cu dispariția atitudinii critice față de tulburările sale senzoriale. Forma aceasta evoluează lent, uneori cu pusee, iar diagnosticul de schizofrenie se pune tardiv. La sfârșitul evoluției bolnavul ne apare ca un astenic, ipohondric, fără modulații afective. Cenestopatiile au fost descrise și de G.Mamot (1959). C.Parhon-Ștefănescu și G.Constantinescu (1960), însă acești autori nu recunosc o formă clinică aparte, dominată de cenestopatii. C.A.Rotstein (1961), considera că această schizofrenie ipohondrică nu este o formă autonomă a bolii, și îi descrie trei varietăți:

- *schizofrenia ipohondrică paranoidă*, în care tabloul clinic este dominat de existența unui delir ipohondric interpretativ și nehalucinator, la început cu o singură temă, apoi politematic. După un timp mai îndelungat de evoluție, apare autismul, scăderea emoțională și rigiditatea gândirii, caracteristice schizofreniei;
- *schizofrenia ipohondrică cenestopatică* se întâlnește cel mai des. Clinica este dominată de cenestopatii, idei ipohondrice sau obsesive. Evoluția ei este provocată de acutizări și este îndelungată, ca și la forma precedentă, cu care este încadrată în schizofrenia paranoidă de A.V.Snejnevski, deoarece ambele în stadiul terminal pot îmbrăca aspect paranoid sau parafrenic, cu delir ipohondric, fantastic, cu ipohondrie fantastică (automatism psihic);
- *schizofrenia ipohondrică depresiv-paranoidă* evoluează periodic, iar pe plan clinic, apare depresiunea, cu agitație uneori, delirul de enormitate ipohondric și nihilist (sindromul Cotard ipohondric). Această ultimă varietate a schizofreniei ipohondrice ar aparține după G.A.Rotstein schizofreniei recurente și anume formei depresivo-paranoide.

Alti autori recunosc o **formă circulară de schizofrenie**, caracterizată prin frecvența remisiunilor și exarcerbări afective de tip polimorf, în care stările maniace și depresive alternează sau coexistă, bizarerii și elemente discordante care de obicei se accentuează de la un puseu la altul, ducând la o evoluție continuă. Primele pusee se aseamănă foarte mult cu cele din psihoza maniaco-depresivă, în special în formele maniacale, ceea ce face diagnosticul diferențial foarte greu. În formele maniacale pot exista *perioade oneiroide sau catatonice, ideația poate fi incoerentă, activitatea crescută dar neproductivă.* În perioadele depresive se poate întâlni agitația, ideile de persecuție, ipohondrice. Halucinațiile și fenomenele de automatism psihic pot apare în ambele faze. Unii autori, printre care Polonio și Snejnevski numesc această formă periodică cu variantele: circulară, depresiv-paranoidă, parafrenică, fantastică acută. Alți autori (Kerbikov, Jagodka) o denumesc schizofrenie remitentă.

2. Forme după etiologie

Se întâlnesc o serie de cazuri în care traumatismele craniene, stările febrile sau stările puerperale pot provoca sau declanșa anumite stări de schizofrenie. Nu se cunosc simptome specifice unei anumite etiologii.

Psihozele de detenție influențează mai degrabă conținutul decât originea acestor forme, caracterizate printr-o dezvoltare lungă în timp.

Trebuie notate, de asemenea, anumite psihoze de menstruație.

3. După intensitatea fenomenelor, între schizofreniile latente şi formele foarte grave se întâlnesc toate gradele de intensitate. Există cazuri în care predomină grave tulburări somatice. Alte cazuri sunt mortale (prin slăbire, infecții). Alte cazuri constitue un fel de paralizie cerebrală catatonică.

4. Formele marginale, sau "formele de frontieră" minore ale schizofreniei, au un interes mai mult sub aspect psihopatologic.

Caracterul schizoid a fost individualizat în Franța de Claude şi în Germania de Kretchmer, care i-a atribuit biotipul leptosom. Meditativi şi impasibili, acești subiecți introvertiți pot reacționa în mod patologic la dificultăți afective şi sociale minore. Practic, aceste forme marginale trebuie cunoscute pentru a putea diferenția o schizofrenie la debut de alterările mai vechi ale personalității. Când există însă un dubiu între aceste două posibilități, trebuie pus diagnosticul de schizofrenie. Se pot întâlni două eventualități:

- masca nevrotică sub care poate debuta o schizofrenie. Este vorba de schizonevroze şi schizofrenii pseudonevrotice (H.Claude, Hoch). În acest sens, trebuie deosebit debutul pseudo-nevrotic cu aspectele sale neurastenice, obsesive sau isterice, uneori intricate ("pannevroza" lui P.Hoch, P.Polatin şi P.Deniker), de formă clinică pseudo-nevrotică. Ulterior, schizofrenia cu acest debut pseudo-nerotic poate evolua spre una din cele patru forme clasice ale bolii. În ce priveşte formele clinice pseudo-nevrotice, ele nu sunt acceptate de toți autorii, având în vedere posibilitatea existenței fenomenelor pseudo-nerotice în oricare din cele patru forme clinice. Delimitarea acestei forme se bazează pe criterii evolutive. H.Ey o considera o formă cu simptome atenuate sau minore. Termenul de schizofrenie pseudo-nevrotică a fost introdus de P.Hoch şi P.Polatin, însă s-au propus şi alte denumiri: "schizofrenie moale" sau "ştearsă" (autorii sovietici), forma limită (P.Deniker), demența precoce apsihotică (J.Nielsen), forma frustră (A.Wizel), schizonevroză (H.Ey). În 1961, D.S.Czeretkovski vorbeşte despre formele cu evoluție lentă, cărora le descrie două varietăți: pseudo-nevrotică şi pseudo-psihopatică. Ca simptome, această formă se manifestă mai des ca o psihastenie şi mai rar, ca o isterie, uneori ca o psihopatie excitabilă care poate dura doi - trei ani, fără semne schizofrenice, şi, în fine, pot apare forme cu tulburări instinctuale, în special creşterea erotismului. Uneori autorii au acordat acestei forme semnificație prognostică, arătând că procesul schizofrenic urmează o evoluție mai benignă dacă debutul s-a făcut cu simptome obsesive;

- o posibilitate este a diferitelor conduite antisociale persistente care par să se datoreze unui dezechilibru psihic. Aceşti bolnavi (anetopaţii) trebuie consideraţi în cadrul schizofreniei simple (corespund heboidofreniei autorilor germani), care constituie o formă clinică de asociabilitate şi de amoralism pervers ce apare la tineri cu consecinţe medico-sociale grave.

Trebuie amintit de asemenea procesul disociativ care poate apare la oligofrenism fie sub forma unei **schizofrenii grefate** pe "debilitarile evolutive", fie sub forma unor simptome frustre de disociaţie ideo-afectivă care accentuează deficitul psihic. E.Kraepelin şi E.Bleuler denumesc schizofrenia care apare pe fondul unei oligofrenii, hebefrenie grefată (propfhebefrenie). Majoritatea autorilor recunosc schizofrenia grefată ca pe o realitate clinică.

E.Kraepelin dă o proportie a acesteia de 7%, Braun de 19,3%, iar după Medow 44%, unii autori ajungând chiar la presupunerea unei favorizări a apariţiei schizofreniei de către oligofrenie. G.Irle însă, arată că frecvenţa schizofreniei este aceeaşi la oligofreni ca şi la restul populaţiei - 4,2%. E.Bleuler arată că este foarte greu să deosebim care dintre simptome aparţin schizofreniei şi care oligofreniei, datorită sumării ambelor boli. Dimpotrivă, R.Neustadt (1927) susţine ca oligofrenia şi schizofrenia se exclud reciproc, astfel că dificultatea dezvoltării intelectuale apare ca un semn al unui proces schizofrenic care prezenta de mult timp anomalii caracteriale prepsihotice. El nu a găsit printre psihozele aparute la oligofreni, nici un caz de schizofrenie. W.Mayer-Gross, apoi O.D.Sosiukalo (1963) au studiat caracterele clinice ale schizofreniei aparute la oligofreni, găsind o săracire a simptomelor şi lipsa sindroamelor complexe, cu păstrarea într-un oarecare grad a accesibilităţii şi emoţionalităţii. Această formă debutează lent şi progresiv, iar în evoluţie se ajunge la interpătrunderea trăsăturilor oligofrene şi schizofrene cu demenţa. Langfield şi autorii scandinavi au dovedit mai puţină rigoare nosografică, vorbind despre schizofrenii şi psihoze schizofreniforme, ultimile constituind, spre deosebire de schizofrenia marginală propriu-zisă, boli cu etiologie toxică, infecţioasă, traumatica sau psihosocială cunoscută.

G.Bollea, arată că diferiţi autori deosebesc două tipuri de structuri patologice psihopatologice: deficitare şi psihotice, iar o studiere mai atentă a permis evidenţierea şi a unui grup intermediar sau mixt în care sunt conţinute atât simptomele deficitare ca şi cele productive. Astfel, de exemplu L.Marchand descrie encefalopatii cu evoluţie schizofrenică, Bender vorbeşte despre formele pseudoschizofrenice ale autismului, Fuller despre forme pseudoschizofreniforme ale encefalopatiilor, von Urevelen despre pseudoautismul oligofrenilor, De Sanctis despre frenastenia de tip refanic. Se

disting de asemenea aşa numitele schizofrenii primitive, variante dizarmonive ale starilor deficitare, dizarmonii de dezvoltare (Bollea, Mires, Leberici) etc.

Cercetând un număr de 60 bolnavi (20 oligofreni, 20 tulburări psihotice şi 20 stări mixte), autorul ajunge la concluzia că între stările deficitare şi psihotice există un şir de treceri.

M.Atschkova, descrie un număr de 15 cazuri propfschizofrenie, care au debutat între vârsta de 9 - 16 ani. Oligofrenia care a precedat instalarea procesului schizofrenic, corespundea în majoritatea cazurilor debilităţii mintale uşoare şi medii şi numai la un singur bolnav era vorba de o imbecilitate. În ce priveşte schizofrenia, la 7 bolnavi avea formă nucleară, la 3 paranoida şi la 5 avea o evoluţie periodică. Nedezvoltarea psihică a dat simptomaticii psihotice o coloratură particulară cu fenomenologie clinică elementară ştearsă. La două cazuri s-a remarcat asocierea oligofreniei cu schizofrenia încă din frageda copilărie. Autorul considera că în asemena situaţii este vorba despre modificări pseudooligofrene care survin ca rezultat al opririi în dezvoltarea psihică în cazurile de debut precoce a schizofreniei.

J.Beanjard (1965), consideră că este vorba de arieraţii intelectuale (debilitate de grad mediu) care se însoţeşte de tulburări afective grave, care se apreciază ca psihotice. Sindromul în întregime poate să depindă de diverşi factori etiologici şi prin urmare, arieraţia intelectuală poate fi ca primară, ca şi secundară. În calitate de cel mai răspândit sindrom se iau în considerare psihozele schizofrenice şi schizofreniforme. Simptomele fundamentale apar: autismul, stereotipiile, frica. Diagnosticul se fundează pe studiul anamnezei copilului şi a anamnezei familiale, pe analiza simptomelor clinice.

Forme după vârstă

Schizofrenia nu este neapărat o psihoză a pubertăţii. 5% din cazuri apar în copilărie şi, în special, la prima vârstă. **Schizofreniile infantile**, cadru clasic după descrierea schizofreniei precocisime a lui Sante de Sanctis şi preschizofreniile copilăriei şi adolescenţei, cadru de descriere recent, pot sau nu pot fi incluse aici, după autori. Determinarea nosografică este imprecisă, datorită imaturităţii copilului. De obicei, se pun probleme etiologice şi de evoluţie. R.Mises descrie diferite tablouri: autism infantil al copilului mic, psihozele celei de-a doua copilării, preschizofreniile pubertăţii şi adolescenţei. Pedopsihiatria modernă îşi consacră activitatea posibilităţilor profilactice şi terapeutice faţă de aceste afecţiuni cu prognostic foarte rezervat. Bolnavii între 20 - 30 ani fac mai ales forme hebefrenice şi catatonice. Formele paranoide apar către 40 de ani.

T.F.Ward, B.A.Hoddinott, au studiat un număr de 39 copii bolnavi de schizofrenie şi autism precoce infantil şi au stabilit ca la internare 95% dintre ei aveau ambii părinţi, erau instruiţi şi lucrau în profesii de înaltă calificare. În 56% din cazuri sarcina şi naşterea au decurs patologic, greutatea la naştere fiind normală. Dezvoltarea copiilor a decurs cu întârziere: în 64% din cazuri au fost întârzieri în dezvoltarea vorbirii, iar 3 cazuri au prezentat întârziere la mers. Tulburările intestinale şi enurezisul au fost prezente dar nesemnificative. La 15 copii alimentarea a fost dificilă, când se modifica tipul de alimentaţie deşi nu s-au remarcat tulburări de apetit. În unele cazuri s-a putut lega statusul psihic de îmbolnăvirea somatică. Examenul neurologic a fost nesatisfăcător din cauza dificultăţilor de cooperare cu copii. Nu s-a putut stabili contactul cu 5 copii. La restul copiilor s-a constatat o simptomatică neurologică uşoară dar în nici un caz nu au fost evidenţiate semne manifeste de boală neurologică. La 38 copii s-a înregistrat EEG care a fost normală în 18 cazuri, la 15 s-a înregistrat un somn normal, iar la 5 s-au remarcat abateri EEG de tipul "disritmiei", "patologie moderată difuză". În ce priveşte limbajul, s-a constatat vorbire normală (12), întârzieri în dezvoltarea vorbirii (13) şi fără limbaj (14) (vârsta bolnavilor era de la 2 la 11 ani şi erau 26 M şi 13 F).

Aplicarea testelor psihometrice a permis afirmarea în 39 cazuri a unui "potenţial intelectual mediu sau superior mediului". Autorii consideră că tabloul psihopatologic n-a apărut pe un fond de suferinţă organică manifestă, ci el s-a dezvoltat pe înapoierea mintală şi a ajuns la un amestec al oligofreniei cu schizofrenia infantilă şi a autismului infantil precoce. Lipsa limbajului n-a constituit o dovadă a înapoierii mintale, aceasta determinându-se pe baza testelor neverbale de inteligenţă. E.Schopler considera că autismul precoce infantil trebuie considerat ca o tulburare de conştiinţă care include în sine imposibilitatea stabilirii de legături în experienţa senzorială şi memorie. În acest sens, înţelegerea utilizării de către copil a sistemelor sale receptorii pentru obţinerea unei saturaţii informaţionale asupra a ceea ce îl înconjoară reprezintă o problema critică pentru terapeutica copiilor cu autism. Problema tulburărilor de adaptare a copiilor cu autism este privită ca o disfuncţie în utilizarea receptorilor. Despre insuficienta utilizare a telereceptorilor ca şi a receptorilor de contact atestă datele clinice. Copiii cu autism se deosebesc de cei cu schizofrenie prin caracterul lezional al tulburărilor de cunoaştere. Observaţiile clinice şi experimentale au demonstrat o slabă utilizare a vederii normale şi a auzului pentru orientarea în mediul înconjurător, în timp ce simţurile: tactil, gustativ şi olfactiv apar esenţiale, fiecare nou obiect, copiii autisti studiidu-l îndeosebi tactil.

Autismul infantil precoce înseamnă o privare senzorială precoce, ceea ce apare ca rezultat al unei insuficienţe funcţionale constituţionale, împiedicând exercitarea formaţiei reticulate cerebrale şi scăderea tendinţei maternale la stimulare. De aceea în terapeutica autismului infantil este necesară includerea stimulării şi comunicaţiei prin intermediul receptorilor de contact.

S.A.Mednick, studiază un număr de 207 copii a căror mame erau bolnave de schizofrenie cronică; vârsta era de 10 - 18 ani, în comparaţie cu o grupă de control de aceeaşi vârstă.

Din cercetările autorului reiese că reflexul cutaneo-galvanic era mai scurt în ceea ce priveşte perioada de latenţă ca reacţie la stimulii stresanţi ca şi la stimulii neutri, în comparaţie cu grupa de control. În grupa de control reacţia la stress se sfârşea cu mult mai rapid. În şcoală copiii reacţionau uşor la excitanţii "închişi în sine", erau pasivi în relaţiile cu colegii, cel mai adesea ei erau însinguraţi. Autorul este de părere că schizofrenia se caracterizează prin trei trăsături predispoziţionale:

1. reactivitate patologică vegetativă crescută;
2. întoarcerea patologică lentă la starea normală; după reacţia la stress;
3. reacţie generalizată în întregime la excitanţi. M.Rutter, L.Lockyer (1967) la spitalul Mandsley din 1950 - 1958, au observat un număr de 63 copii cu psihoze. Diagnosticul a fost constituit din psihoze, sindroame schizofrenice şi autism infantil. Ca grilă de control au servit copii sănătoşi, cercetaţi după aceeaşi parametri ca şi bolnavii (vârstă, sex, teste psihologice etc.). În grupa bolnavilor predominau băieţii. În majoritatea observaţiilor tulburările psihice au apărut în copilăria precoce fără a fi precedate de stadii normale de dezvoltare. Numai la 1/5 din cazuri s-au putut urmări pe o perioadă de 2 - 3 ani dezvoltarea normală până la apariţia semnelor de boală psihică. Semnele esenţiale ale tulburării psihice au fost autismul, o evidentă întârziere în devoltarea vorbirii, insuficienţa reacţiei de răspuns la stimulii auditivi, ecolalie, diverse ritualuri şi obsesii, stereotipii cu manierisme, diminuarea activităţii proceselor de atenţie. În funcţiile intelectuale s-a observat o mare variabilitate. În 1/4 din cazuri s-a putut incrimina o leziune cerebrală. Deşi nivelul intelectual la diferiţi copii se deosebeşte în mod important, totuşi în comportamentul exterior deosebirile erau mici. În concluzie autorii consideră că ceea ce ei au observat în grupa descrisă constituie autismul infantil descris de Kanner (1943).

M.Rutter, D.Greenfeld, L.Lockyer (1967), subliniază că dintre psihozele infantile numai 5 - 17% se pot adapta la viață și intelectual rămân la nivelul de 5 ani. Din cei 63 bolnavi cercetați, la 10 în perioadă adolescenței au apărut crize convulsive, ceea ce atestă posibilitatea leziunilor cerebrale în psihozele copilului, deși aceste leziuni în perioadă respectivă nu se constată. La cei 10 indicele la test este sub 50 - 60 ceea ce arată că epilepsia a apărut la copiii psihic subnormali.

La copiii la care s-au observat hiperkinezii în copilărie, la adolescență devin hipokinetici. Se știe ca hiperkineziile la copii sunt rare în prezența "subnormalitatii psihice" și se întâlnesc mai des la copiii băieți. S-ar putea ca dinamica de la hiper la hipokinezii să se datorească maturizării cerebrale. Deși în general se admite că apariția tulburărilor de limbaj ar fi o expresie a autismului și nu unor tulburări adevărate de limbaj, catamneza a arătat că cu trecerea autismului rămân semne evidente de încetinire a dezvoltării intelectuale, iar într-o parte din cazuri, cu toate semnele pozitive de comportament și relații sociale, cu vârsta, limbajul nu atinge dezvoltarea necesară sau chiar nu se dezvoltă. Aceasta vorbește împotriva atribuirii acestor dificultăți la astfel de copii pe seama factorilor pur sociali, ieșiți din mediu.

E.Lestang-Gauthier, D.J.Duche. Clinic și particularitățile psihozelor schizofrenice la vârsta copilăriei timpurii sunt insuficient cunoscute, iar unii cercetători se reținsă pună diagnosticul de schizofrenie precocisima. Autorii au studiat în clinica de la Salpetriere 29 bolnavi a căror vârstă era cuprinsă între 6 și 7 ani, soarta acestor pacienți fiind urmărită până la vârsta de 10 - 24 ani. În elaborarea diagnosticului au fost utilizate cele mai diverse date: starea familială a părinților, nivelul de predispoziție în familie (în particular prezența alcoolismului) și datele personale, începând de la particularitățile de evoluție a sarcinei și starea fatului și până la dezvoltarea psihomotorie a copilului după naștere. Interesant, după semnalarea autorilor, că nivelul predispozitiei ereditare în aceste cazuri era inferior celui dat în literatură. Astfel, Lang da 80%, Claudy 66%, Galazka 88%, Suhareva 85%, Claramunt-Lopez 70% și Landry între 50 - 80%.

Autorii prezentului articol au găsit o predispoziție ereditară pe care o apreciază la 50%. Un rol destul de important îl deține alcoolismul în familiile acestor bolnavi. În 25 din cele 29 cazuri sarcina a decurs normal, iar nașterea a fost normală în 21 din 29 cazuri. În ce privește dezvoltarea psihomotorie a fost normală în 18 cazuri, patologică în 11 cazuri, cu întârziere globală în 4 cazuri și întârzieri de dezvoltare a limbajului în 7 cazuri. Mulți autori înregistrează între 45 - 50% întârzieri globale ale dezvoltării psiho-motorii. În 20% din cazurile studiate de autori s-au înregistrat înainte de debutul bolii psihice

epidoase convulsive, iar în 33% din cazuri înainte de apariţia bolii psihice s-au înregistrat repetate infecţii banale (angine, rinofaringite, otite). În 52% din cazuri, era tulburat apetitul.

Primele semne ale bolii psihice în multe cazuri au fost fenomene tranzitorii de mutism - de la 51 zile la 3 săptămâni. Un semn foarte important al procesului schizofrenic a fost tulburarea dezvoltării obişnuite a copilului. Acest semn este privit totuşi nu ca un semn patognomonic pentru procesul schizofrenic. În 35% din cazuri, diverse condiţii familiare au slujit ca factor provocant al debutului. Vechimea bolii era de peste 2 ani la 14 bolnavi, de la 1 - 2 ani la 7, şi sub un an la 8 bolnavi. Prima consultaţie a medicului s-a efectuat între vârsta de 4 - 7 ani (21 din 29 cazuri). Simptomul predominant apare tulburarea vorbirii, autismul şi stereotipiile. Pe locul al doilea, după frecvenţă, se situează agresivitatea, agitaţia, anxietatea şi tulburările de somn. Urmează apoi impulsivitatea, risul nemotivat şi în fine, pe ultimul loc, după frecvenţa se situează astfel de simptome ca halucinaţiile, pasivitatea, masturbaţia. Cercetarea catamnestică a descoperit în 80% din cazuri în etapele tardive ale evoluţiei bolii, fie semne de psihoză, fie trăsăturile dementei. Aproximativ 2/3 din bolnavi nu prezintă o adaptare socială şi nici productivă.

G.L.Oavies, subliniază că autismul ca refugiu în sine se întâlneşte cel mai frecvent în schizofrenie. La copil acest fenomen se întâlneşte destul de frecvent ca urmare a altor mecanisme. Conţinutul înţelesului de autism (de la grecescul cnito care înseamnă singur, însuşi) este oarecum mai larg decât o simplă intrare în sine. Aici pot avea loc atitudini de autoerotism, fantasme etc. Există tendinţa includerii sub ermenul de autism şi a fenomenelor de surzenie, greutăţi ale funcţiilor de comunicare, leziuni cerebrale cu fenomene afazice şi de asemenea, insuficiente posibilităţi de a stimula copilul. Conţinutul noţiunii de psihoză la vârsta copilăriei are de asemenea mai multe intelesuri aici incluzindu-se sindroame psihopatologice de diferite origini şi de diferite structuri (organice, schizofrenice sau de tip mixt), ca şi tulburări emotionale. Stabilirea genezei autismului este o problemă delicată şi complexă. Simptomatica care permite determinarea tabloului clinic al bolii constă dintr-un sir de fenomene:

a) tulburarea legăturilor emoţionale cu oamenii şi, în particular, cu persoanele de aceeaşi vârstă;
b) nelinişte acută;
c) tulburări de vorbire (încetinirea dezvoltării ei, ecolalie, manierisme în alegerea cuvintelor şi în rostirea lor, pierderea funcţiei comunicative a limbajului;

d) tulburări motorii (hiperkinezii, inhibiții de tip catatonic, poziții absurde, acțiuni rituale;
e) încetinirea dezvoltării intelectuale.

În majoritatea cazurilor de autism cu trăsături ca cele de mai sus, este vorba de schizofrenie. Totuşi diagnosticul diferențial este destul de dificil şi necesită o serie de analize clinice, psihopatologice şi de laborator (PEG, EEG, teste pentru toxoplasmoză, ractia Kahn şi BW, determinarea cromotografică a aminoacizilor urinari etc.).

S.Bennet şi H.R.Klein, arată că în literatura americană H.Potter a fost primul care a descris schizofrenia infantilă pe baza tulburărilor caracteristice de gândire, mutism, tulburarea contactului emoțional, tulburare de comportament. după 5 - 6 ani, observarea catamnestică a 6 bolnavi menține diagnosticul de schizofrenie. Urmărindu-se pe o perioadă de 30 de ani un număr de 14 bolnavi a căror debut a fost în copilărie s-a menținut diganosticul de schizofrenie. Toți copiii se născuseră normal. Autorii subliniază că în ultimii ani s-a largit cadrul nozologic al schizofreniei (în special infantile), înmulțindu-se criteriile (insuficient elaborate) pentru clasificarea schizofreniei infantile. Această situație reclamă o atentă prelucrare a acestor criterii de diagnostic.

În cazul schizofreniei infantile, aproape că nu se pune problema diagnosticului diferențial cu cazurile de psihoză cronică paranoidă, având în vedere că paranoia constituie apanajul vârstelor adulte. Kraepelin a descris paranoia ca o boala psihică cu dezvoltarea progredientă a unui delir sistematizat cronic pe fondul unei cunoştințe clare. O astfel de afectare a elementelor superioare pe care le-a adus noogeneza pentru personalitatea umană, poate să evolueze ani şi chiar decenii întregi fără a evolua obligatoriu spre un stadiu demențial. Delirul ideativ poate pleca din fapte reale pe care bolnavul le interpretează şi ajung obligatoriu la concluzii false. E.Kraepelin n-a stabilit legăturile ce ar exista între nivelul intelectual şi structura delirului. Remarcăm că un delir sistematizat poate debuta la sfârşitul adolescenței, dar între 50 - 60 ani delirul îşi însuşeşte cea mai evidentă exprimare şi conține în sine toate elementele delirului de persecuție. Relativ mai frecvent se întâlnesc reacțiile paranoide din care se pot deschide numeroase posibilități evolutive.

La un copil de 14 ani Sachter a descris reacții paranoice. Se remarcă în literatură cazuri de reacții paranoice la adolescenți între 14 - 19 ani mai frecvente în raport cu vârsta de până la 10 ani. În aceste fenomene patologice alături de factorul constituțional, ereditar, organic, un rol important, dacă nu esențial îl joacă factorii psihogeni, calitatea, relațiile ideo-afective dintre copil şi anturajul familial.

G.Destunis, J.Kotsirumbas, ASkandali, comunică o observaţie personală a unui copil cu psihoză cronică paranoidă care a debutat la vârsta de 15 ani, sistemul delirant de otrăvire menţinându-se timp de 10 ani, când este examinat. Din datele autorilor, copilul prezenta inversiune afectivă faţă de mamă, dar cel mai frecvent era o ambivalenţă afectivă, cu fenomene de neîncredere şi agresiune, cu idei de persecuţie şi de otrăvire. Nu se constată elemente de suferinţă somatică şi nici antecedente ereditare care să poată explică simptomatologia patologică. După opinia autorilor, simptomatologia psihopatologică a bolii poate fi considerată ca fiind rezultanta structurii personalităţii bolnavului şi a unor condiţionări de natură psihogenă.

J.Mendascino, efectuează cercetări pe un număr de 34 copii bolnavi la care la începultul bolii au apărut fenomene autistice. Aceste fenomene erau proprii la opt diferite boli: autismul infantil precoce a lui Kanner, schizofrenia infantilă, encefalopatii, stări acute stressorii reacţionale, stări reactive funcţionale, infecţii postnatale. Autismul apare în cadrul diferitelor nosologice, ca de exemplu schizofrenie, dar apare şi ca reacţie simptomatică comportamentală.

S.L.Joffe constată cel mai frecvent la copii halucinaţiile în epilepsie, după care vin, în ordine, copiii bolnavi de schizofrenie.

B.Lechevalier, H.Flavigny, au urmărit în dinamică în decurs de 10 ani cazuri de schizofrenie infantilă, studiindu-se aspectele clinice, adaptarea socială, aspectele prognostice şi importanţa prognostică a unor date de anamneză şi căile de ameliorare pe calea folosirii unei terapii diferenţiate. În elaborarea diagnosticului de schizofrenie infantilă, autorii au pornit de la conceptul acestei boli prezentat de Henyer în 1957 la Congresul Internaţional de la Zurich în care schizofrenia este considerată ca o boala cronică, dar nu fără o elementara dementiere, boala ce se caracterizează prin perturbarea contactului cu lumea exterioară, cu lumea reală şi organizarea unei lumi autistice; în acelaşi timp se ia în considerare fenomenul specific al regresiei şi disociaţiei.

Materialul clinic se referă la un număr de 100 copii intre 6 - 14 ani internaţi între 1954 - 1964, împărţiţi în două grupe - peste şi sub 10 ani. Un număr de 70 din 100 bolnavi au putut răspunde testelor utilizate ca metoda de lucru. În prima grupă de copii peste 10 ani formată dintr-un număr de 24 copii, la 6 nu s-au constatat anomalii psihice în decursul timpului şi decompensări schizofrenice după 10 ani. În a doua grupă (sub 10 ani) compusă din 46 bolnavi, la 9 dintre ei s-a constatat un debut al bolii înainte de 5 ani şi la 5 după aceasta vârsta. În 10 cazuri debutul nu s-a putut stabili cu precizie, deoarece boala s-a dezvoltat gradual din copilăria timpurie. Simptomatologia

psihopatologică la bolnavii primei grupe constă din semne de debilitate (câteva cazuri), din tulburări delirante, halucinații, sindrom de automatism psihic. Într-o parte din cazuri au fost prezente fenomene de depersonalizare. În 10 din 24 observații s-au remarcat simptome catatonice; au fost de asemenea semnalate fenomene de apatie, tulburări de gândire, rezonerie patologică, apariția stereotipiilor, 11 bolnavi erau agresivi, 9 impulsivi. În 9 cazuri erau prezente semne de depresie cu tendințe suicidare. L 8 bolnavi s-a dezvoltat o excitație maniacala, la 8 s-a observat anorexia.

Se descrie, de asemenea, mutismul, logoreea stereotipiile verbale, ecolalia, tulburări de limbaj. Fenomenele descrise s-au observat la bolnavi la prima internare, iar o parte din simptome au apărut în cursul evoluției bolii.

În grupa a doua, la prima internare s-au descris aceleași simptome, însă având în vedere debutul mai precoce cu foarte multă dificultate nivelul intelectual inițial.

Simptomul predominant în aceste cazuri a fost apragmatismul, râsul nemotivat, plânsul, starea de excitație. După datele autorilor, dinamica bolii la copiii bolnavi de schizofrenie se caracterizează prin accentuarea simptomelor deficitare (discordanță, autism), apariția insuficienței psihice, amintind debilitatea. Această dinamică ocupă mulți ani (10 - 15 - 18). Stabilitatea stării nu intervine chiar după mulți ani de la debutul bolii. Din punctul de vedere al acțiunilor terapeutice, formele tulburărilor psihice descrise, necesită o individualizare a metodelor terapeutice. La bolnavii primei grupe este greu de vorbit de o ieșire din boală. În grupa a doua se observă stabilizarea procesului la 2/3 din bolnavi în decurs de 3 - 10 ani la nivelul stării defective. Deși instalarea demenției nu depășește 1/3 din cazuri, însănătoșirea nu s-a remarcat în nici într-un caz.

A.M.Freedman, E.V.Rbin, E.A.Wilson, în scopuri experimentale au aplicat LSD-25 la 12 copii, bolnavi de schizofrenie și la care principalul fenomen era autismul. L.S.D. S-a administrat deodată în cantitate de 100mg; 2 copii au primit 50 și 200 mg. după 15 - 30 minute, când preparatul a început să acționeze, copiii au fost supuși observației clinice timp de 4 - 5 ore. La pacienți s-a remarcat înroșirea feței, dilatarea pupilelor, fenomene catatonice și atoxice, pierderea apetitului, modificarea generală a dispoziției, îmbunătățirea percepției senzațiilor corporale, fenomene care însă nu au aparut la toți copiii. După comportamentul unor copii au apărut halucinații vizuale și auditive, care până la experiment lipseau din tabloul clinic. S-a remarcat o îmbunătățire a producției verbale îndeosebi din punct de vedere calitativ. Modificările emoționale au constat în treceri de la depresie la euforie sau invers, sau modificări rapide ale dispozitiei fără o direcționare determinată. În concluzie,

autorii consideră că acţiunea L.S.D. asupra adulţilor şi copiilor bolnavi de schizofrenie este asemănătoare. După opinia autorilor, aplicarea L.S.D. ar putea fi în terapeutică, însă necesită cercetări pe mai departe.

S.C.Leonberg, J.B.Bock, arată că modificări patologice microscopice în creierul bolnavilor de schizofrenie sunt descrise în multe lucrări. Ele includ degenerări şi perturbări celulare în straturile trei şi cinci a cortexului cerebral, depuneri lipoidice şi degenerări celulare în talamus, reacţii gliale şi celule gliale ameboidale în substanţa albă şi cenuşie a creierului, depuneri lipoidice în celulele ganglionilor bazali şi modificări ale plexurilor coroide.

Bender afirma că encefalopatia difuza se întâlneşte în schizofrenia copilului, dar substratul patologic, afirmarea acestei lezări, încă nu s-a descoperit. Anderson presupune că straturile corticale cele superioare par a fi probabil locul leziunii organice cerebrale şi că această regiune este posibil să aibă relaţie cu dezvoltarea schizofreniei infantile. Datele observaţiei reprezintă o combinaţie a schizofreniei infantile cu leziuni organice ale sistemului nervos central. O tânără de 20 de ani care în primele zile ale naşterii a suferit un proces de hipoxie, la vârsta de 1 1/2 ani probabil a suferit un proces encefalitic cu crize convulsive generalizate. Întârziere în dezvoltare psihică iar uneori mutism. În continuare a suferit câteva traume. Cu anii a crescut depresia şi comportamentul autist, pierderea contactului. chiar cu părinţii. În momentul spitalizării avea o excitaţie psihomotorie accentuată (catatonică), halucinaţii auditive. Cercetarea neurologică a evidenţiat unele modificări focale ale coordonarii iar PEG, o dilatare moderată a ventriculilor cerebrali.

Această observaţie dă autorilor posibilitatea de a discuta interrelaţia factorilor organici şi psihogeni, care contribuie la apariţia schizofreniei infantile. Se subliniază concepţia autorilor cu privire la etiologia organică a acestui tip de tulburare psihică.

J.Gromska a studiat clinic 18 copii cu encefalopatie şi mutism: la 6 era o embriopatie, la 4 encefalopatie din perioadă natală, la 3 encefalopatie după meningo-encefalită iar la 3 bolnavi etiologia encefalopatiei nu s-a putut stabili. La majoritatea bolnavilor era prezentă o simptomatologie neurologică difuză, erau prezente modificări electro şi pneumoencefalografie iar la 11 bolnavi s-au înregistrat semne de debilitate mintală.

Cauza directă a mutismului la toţi bolnavii au fost reacţiile psihogene survenute în faţă dificultăţilor legate de începutul şcolii etc.

P.Fedor, G.Harkovic-Kovac, au studiat fenomenele schizofrenice la copii şi îndeosebi din punctul de vedere al problemei autismului şi al simptomelor specifice. Proveniența şi dezvoltarea procesului schizofrenic au studiat pe grupe de vârstă, sex etc. Autorii consideră că fiecare stadiu de

dezvoltare a copilului are în patologie simptomatologia sa particulară specifică. În ce priveşte autismul, autorii consideră că numai în relaţie cu schizofrenia se poate vorbi de acest simptom.

K.Leonhard, arată că schizofrenia la copil este un diagnostic dificil, cu atât mai mult, cu cât în copilărie observăm adesea că declanşarea schizofreniei se face în urma unei boli somatice. Unul din simptomele principale trebuie socotit lipsa de contact personal al copilului, care, în mijlocul celorlalţi copii de vârstă cu el se comporta ca străin de colectiv.

Autorul afirmă că în observaţiile sale, cazurile de catatonie infantilă nu se deosebesc de catatoniile adulţilor. Opinia curentă că schizofrenia copiilor diferă mult de cea a adulţilor se bazează nu pe observarea formelor catatonice, ci pe descrierea formelor paranoide. Pentru practica medicală este necesar ca în domeniul catatoniei să se descrie cu minuţiozitate varietăţile clinice specifice care pot fi întâlnite şi la copii.

Catatoniile periodice par să apară în copilăria tardivă; dimpotrivă, catatoniile sistematice debutează uneori chiar în primii ani de viaţă. Catatonia parakinetică este probabil mai des întâlnită decât alte forme.

Observaţiile autorului în catatoniile parakinetice cu tulburări de vorbire, nu arată o mai mare suferinţă a capacităţii de alocuţiune la copil decât în catatoniile adulte; tulburările afective (pierderea afectivităţii) sunt mai evidente la copil.

Delirul de prejudiciu presenil trebuie raportat la schizofrenie, după unii autori. Lugaro arată că diversele funcţii mintale sunt cu atât mai atinse cu cât sunt mai puţin desăvârşite. Personalitatea umană se dezvoltă continuu până la 50 de ani şi este atunci mai fragilă. Există o catatonie tardivă (Kraepelin) şi melancolii care comportă o scădere catatonică.

Problema existenţei unei **schizofrenii tardive** este încă discutată. Mulţi autori consideră că psihozele delirante sau catatonice care debutează după 40 de ani sunt psihoze de involuţie. Printre aceştia citãm: M.Leroy, Albrecht, Medow, Ewald.

A.G.Ambrumova se numără printre cei care acceptă debutul tardiv al schizofreniei, incluzind aici numai cazurile între 40 - 49 ani. Ea descrie această formă şi arată că factorii exogeni şi mai ales traumele psihice au un rol mai important în comparaţie cu alte forme. Dintre sindroamele psihopatologice, cel mai frecvent întâlnit este cel paranoid, apoi catatono-paranoid şi catatonic. Simptomele se aseamănă cu cele din etapele înaintate ale schizofreniei debutate mai devreme. Se întâlnesc: stări depresive şi hipomaniacale, disociaţia gândirii, delir de relaţie, prejudiciu, sindrom Cotard sau Kandinski-Clerambault cu conţinut exual-erotic în special. Evoluţia acestei forme se face cel mai frecvent

spre defecte uşoare mijlocii, şi mult mai rar, spre defecte grave. Descrierea lui P.Polonio (1954) se aseamănă cu cea a lui Ambrumova. El dă cifra de 37% remisiunii spontane.

W.Janzarik se ocupă de formele de schizofrenie care apar după 60 de ani şi arată că în aceste cazuri este caracteristică tendinţa delirului de a deveni halucinator.

F.A.Efendiev insistă asupra tulburărilor de conştiinţă de tip oneiroid, datorate unor factori adjuvanţi vasculari, după el.

C.Bruno, P.Romolo, B.Angela. Din 3700 de bolnavi a două spitale psihiatrice, autorii au scos 36 bolnavi (8 bărbaţi şi 28 femei) cu sindrom paranoid de structura schizofrenică, la care a debutat după vârsta de 50 de ani; în anamneza lipseau episoadele psihotice, iar în tabloul clinic nu erau simptome de demenţă organică, tulburări de memorie sau de conştiinţă. Cercetările clinice şi electroencefalografice nu au evidenţiat modificări ale stării somatice. Sindromul paranoid de tip schizofrenic a fost evidenţiat la 29 bolnavi, sindrom parafren tardiv la un bolnav, boala lui Kraepelin la 3 bolnavi, un diagnostic neclar între parafrenie tardivă şi schizofrenie tardivă paranoidă a fost formulat la doi bolnavi. În perioadă premorbidă la 11 bolnavi s-au remarcat fenomene interpretative.

Pentru formularea diagnosticului de schizofrenie paranoidă tardivă, o mare importanţă a avut tulburarea primară a gândirii, halucinaţiile, delirul de persecuţie, rar a fost întâlnit un delir hipocondriac. Înainte de dezvoltarea stării halucinator- paranoide adesea a apărut un sindrom depresiv. Autorii consideră schizofrenia paranoidă tardivă ca o formă nosologică de sine stătătoare. Ei ajung la această concluzie pe baza corelarii tabloului psihopatologic al schizofreniei tardive cu clasificarea schizofreniei. Bazele teoretice de pe care discută sunt cele existenţialiste.

D.W.K.Kay, M.Roth, au efectuat studii clinice, catamnestice şi genetice pe un număr de 99 bolnavi de "parafrenie tardivă" (vârsta medie în jur de 70 ani), în comparaţie cu o grupă de control cu afecţiuni afective şi psihoze organice. Printre bolnavi predominau femeile în proporţie de 7:1. Printre bolnavi parafreni cel mai frecvent, comparativ cu bolnavii cu psihoze afective, s-a întâlnit nu numai celibatul, dar şi persoanele în stare particulară de izolare socială. Această izolare a fost determinată de 3 factori:

1. scăderea auzului sau surzenia (aproape 40%);
2. particularităţi premorbide ale personalităţii (spre deosebire de psihozele afective, aceştia sunt înainte de toate cu trăsături paranoid-schizoide;
3. un număr relativ mic de rude.

Tabloul clinic al celor mai multe cazuri de parafrenie tardivă este destul de monomorf: tulburări de gândire ale sferei afective şi volitionale, care în cel mai important grad amintesc schizofrenia; sindrom halucinator prezent în peste 80% din cazuri; posibilităţi formale bune: intelectuale, memorie, atenţie relativ bine păstrate. Unele cazuri amintesc de "reacţiile paranoide" la situaţii. Cea mai mare probabilitate o are intervenţia "multifactorială" a ereditătii, dar care are o participare mai scăzută în ce priveşte predispoziţia decât în schizofrenie. În numai 5% din cazuri s-au constatat la debutul bolii semne de deficit intelectual de tip organic. La câteva persoane s-au constatat semne de accentuare a particularităţilor personalităţii la debutul bolii, determinate de modificările de vârsta.

Autorii au observat cazuri care, după o evoluţie de 10 - 12 ani, boala a evoluat spre o stare finală, care aproape nu se deosebea de stările terminale din demenţa senilă. La 9% dintre bolnavi au aparut semne de leziune cerebrală organică sau diverse crize convulsive. Vârsta medie a bolnavilor de parafrenie a fost numai cu puţin mai mică decât în populaţia generală.

Autorii consideră şi parafrenia tardivă ca o formă particulară de schizofrenie a vârstei înaintate.

M.Bacciagaluppi subliniază că în ceea ce priveşte schizofrenia tardivă, opinia diferiţilor autori se divide de la însăşi definirea noţiunii. Unii psihiatri consideră schizofrenia tardivă, ca manifestându-se după 40 de ani. Totuşi în literatură există o altă clasificare a schizofreniei tardive, conform căreia această boală se divide în două grupe. Una cu începerea afecţiunii în jurul vârstei de 50 - 60 ani şi a doua cu debut la vârsta de 70 - 80 ani. O asemenea clasificare se bazează pe observaţii clinice. S-au descris în grupa a doua simptome clinice bogate, care aminteau formele tinere ale schizofreniei, decât simptomatica ce caracterizează prima grupă. Clasificarea de mai sus poate fi susţinută şi de datele ereditar simptomatice.

Klages atrage atenţia asupra prevalenţiei la bolnavii de schizofrenie tardivă în vârstă de 50 - 60 ani asupra constituţiei picnice şi atletice. De pe poziţiile ereditare Klages arată că pericolul schizofreniei în familiile bolnavilor cu schizofrenie tardivă corespunde pericolului răspândirii ei printre familiile bolnavilor de schizofrenie de vârstă tânără. Totuşi cercetările genetice atestă diferenţe între ambele grupe de vârstă ale schizofreniei tardive. Astfel indexul pentru schizofrenia tuturor vârstelor este de **1:1,7,** în timp ce pentru schizofrenia vârstei înaintate este 1:6,4. Pe baza observaţiilor clinice autorul consideră că între schizofrenia vârstelor tinere şi schizofrenia tardivă există numai deosebiri cantitative.

Schizofrenia tardivă ar reprezenta partea inferioară a curbei de răspândire a determinantelor poligenice. Această schizofrenie în fenomenele manifeste se leagă de influenţele mediului extern. Îndeosebi aceasta legătură se remarcă în schizofrenia vârstei înaintate. Se subliniază rolul patoplastic al unor astfel de factori ca de exemplu izolarea socială, surzenia,, moartea rudelor apropiate şi desigur nu pot să nu fie luate în considerare influenţele genotipului în interrelaţie cu condiţiile mediului extern.

D.W.Kay, M.Roth, au efectuat studii clinice, catamnestice şi genetice pe un număr de 99 bolnavi cu "schizofrenie tardivă" (vârsta medie în jur de 70 ani), în comparaţie cu un grup de psihoze afective şi organice. Printre bolnavi predominau femeile (7:1), iar celibatarii din ambele sexe erau cu mult mai importante (şi copiii la ei în număr mai mic), decât în aceleaşi categorii de adulţi din populaţia generală. Printre bolnavii de parafrenie se întâlneau mai frecvent, decât la bolnavii cu psihoze afective tardive, văduvii, dar şi persoanele cu "izolare socială deosebită". Astfel de izolare era determinată de 3 factori:

1. scăderea auzului sau surzenia (aproximativ 40%);
2. particularităţi premorbide ale personalităţii (spre deosebire de tulburările afective, acestea érau înainte de orice de tipul unor "trăsături paranoidschizoide";
3. un număr relativ mic de rude apropiate.

Tabloul clinic al majorităţii cazurilor de schizofrenie tardivă sunt destul de uniforme: tulburări de gândire, afective şi ale sferei volitive, amintind în cel mai mare grad de schizofrenie; sunt posibile halucinaţiile (la aproximativ 20% ele lipseau); posibilităţile (capacităţile) formale: intelect, memorie, atenţie, de obicei se păstrau bine. În câteva cazuri se avea impresia unor "reacţii paranoide" la situaţie, imperfecţiuni fizice (în particular surzenia) etc. Dar întrucât asemenea trăsături se observă la aproape toţi bolnavii urmează a-i considera pe toţi cei cu "parafrenie tardiva" ca un tot unic.

În ce priveşte predispoziţia ereditară în parafrenia tardivă, se pare că aici încărcarea ereditară se exprima mai slab, decât îmbolnăvirile schizofrenice ale vârstei mai tinere. Cea mai mare probabilitate o are funcţionalitatea "multifactorială" a eredităţii. Astfel, în 5% din cazuri din momentul debutului bolii există câteva semne de scădere intelectuală după tipul organic. La unele persoane, înainte de boală s-au evidenţiat semne de accentuare a particularităţilor personalităţii determinate de modificările de vârstă, se pare. Boala poate avea un caracter cronic. Cu timpul modificările schizofrenice ale personalităţii devin din ce în ce mai importante. Autorii au observat, totuşi şi astfel de cazuri, când, după o evoluţie cronică (10 - 12 ani), boala a trecut în

stadiul final, aproape nedeosebindu-se de stările finale din demența senilă. La 9% în decursul evoluției bolii au apărut semne de leziune organică cerebrală sau diverse crize convulsive. Durată medie de viață la bolnavii cu parafrenie tardivă este cu puțin mai scurtă în comparație cu normalii psihic. Prin acestea se deosebesc de bolnavii senili sau cu procese aterosclerotice. Autorii consideră parafrenia tardivă ca o forma particulară a schizofreniei la vârsta înaintată.

PARTICULARITĂȚILE MEDICO-LEGALE ALE SCHIZOFRENIEI ÎN FUNCȚIE DE FORMA CLINICĂ.

Schizofrenia fiind o boală caracterizată prin gravitatea alterărilor psihice, prin polimorfismul manifestărilor şi prin evoluție îndelungată, are anumite particularități şi în domeniul psihiatriei judiciare.

În multe cazuri actul antisocial poate constitui primul semn al unei schizofrenii frustre considerată ca o tulburare psihopată sau nevrotică. Actele periculoase ale schizofrenilor au un caracter deosebit în raport cu al indivizilor normali, fapt care sesizează organele de anchetă şi judecată, orientând cazul spre medicul psihiatru. Cunoaşterea particularităților medico-legale ale reacțiilor antisociale este importantă şi pentru instituirea terapeuticii precoce care ştim că are o mare influență în evoluția ulterioară a bolii. Reacțiile schizofrenice au un caracter absurd determinat de boală, constând în: aspect bizar sau pueril al acțiunilor, lipsa unui obiectiv logic.

O altă trăsătură particulară a manifestarilor schizofrenicilor o constituie apariția acestor reacții periculoase pentru societate la indivizii tineri, la care nu se evidențiază cauze patologice organice (traumatisme, tumori cerebrale, infecții) şi în afara altor cauze externe care eventual, să motiveze o reacție de apărare. În psihozele paranoid-halucinatorii se evidențiază o legătură a actelor antisociale cu ideile delirante şi halucinațiile. Aceste fapte au la bolnavii schizofreni o "originalitate" bizară, constând în lipsa unui fir conducător, precum şi a unor motive sau justificări logice.

Ghiliarovski arată că atentatele față de persoanele schizofrene au particular obiectul infracțiunii (de cele mai multe ori rudele apropiate, medicii, colegii), explicat prin afectarea conştiinței de stări fizice, cu fenomene de inversiune afectivă. Unii autori consideră că formă catatonică a schizofreniei ar fi în legătură cu caracterul brusc, nemotivat al actelor, iar forma paranoidă cu caracterul absurd. După Gurevici, faza inițială a bolii ar fi mai bogată în fapte antisociale, pentru ca ulterior să scadă, datorită faptului că bolnavii devin mai pasivi. În ultimii ani însă, odată cu aplicarea neurolepticilor psihotrope în terapia schizofreniei s-a modificat şi aspectul reacțiilor antisociale, în sensul unei deplasări a potențialului infracțional spre stadiile târzii ale bolii, datorită conservării activității bolnavilor. Spre deosebire de indivizii normali, la care

forma acțiunilor periculoase este în legătură cu structura societății respective, la schizofreni aceasta depinde de tulburările de personalitate. Cele mai frecvente acte săvârșite de schizofreni sunt încadrate de delicvențe: furturi, vagabondaj, agresiuni, dezertări, atentate la pudoare. După Simonin ar fi: prostituția, vagabondajul și omorurile. Cele mai multe reacții antisociale se întâlnesc la schizofrenii paranoizi, urmați de cei cu forme simple și de hebefreni.

N.Diaconescu, Ep.Tomorug, E.Ungureanu, G.Dumitrescu, pe un număr de 220 bolnavi de schizofrenie au constatat următoarele acte medico-legale în raport cu forma clinică:

- schizofrenie paranoidă 92 cazuri (43%);
- schizofrenie simplă 63 cazuri (28,6%);
- schizofrenie hebefrenică 28 cazuri (12,7%);
- schizofrenie parafrenică 15 cazuri (5,4%);
- schizofrenie intermitentă 12 cazuri (5%);
- schizofrenie catatonică 7 cazuri (3,2%);
- schizofrenie remitentă 3 cazuri (1,3%);
- schizomanie 2 cazuri (1,3%);
- profschizofrenie 1 cazuri (0,5%);

În raport cu vechimea bolii s-a constatat ca între 5 -10 ani de boală erau 59 bolnavi (27%), după 10 ani erau 50 (23%) bolnavi.

La 59 bolnavi se asociau suferințe viscero-humerale (29 cu afecțiuni respiratorii, 20 afecțiuni digestive, 10 cu afecțiuni endocrine - 4 hipertiroidii, 2 hipotiroidii, 2 obezitati și 3 cazuri cu boli neurologice.

La 21 cazuri examenele de laborator au arătat: 6 cu VSH crescut, 3 hipo și 2 hiperglicemii, 2 hipocalcemii.

Trei schizofreni fuseseră leucotomizați.

PEG - la 5 subiecți din care 2 normali, 2 cu hidrocefalie asimetrică, 1, EEG normală la 3, hipovoltat 9, cu alfa migrat în derivațiile anterioare 2, cu alfa intercalat cu beta 2, cu teta dominant 2, cu delta peste 25%.

Cu excepția parafreniilor, actele sociale se întâlnesc de două ori mai frecvent la bărbați decât la femei. Deplasarea către sexul masculin este cea mai mare la hebrefeni. Acest fapt nu trebuie pus în legătură cu frecvența mai mare a bolii la bărbați, ci ca și la normali, cu factorii sociali care fac ca delicvența în general să fie mai crescută la sexul masculin. În formele hebefrenice și simple actele antisociale și întâlnesc cel mai frecvent la vârstele tinere, spre deosebire de formele paranoide. Mediul urban favorizează polimorfismul delirant al schizofrenilor paranoizi, reacțiile antisociale fiind aici mai frecvente și mai

diverse. Cunoştinţele dobândite în cursul şcolarizării influenţează structura delirului şi implicit şi structura faptelor antisociale. Insuficienta şcolarizare favorizează comportamentul antisocial al schizofrenilor simpli.

După obiectul lor, faptele antisociale ale schizofrenilor se încadrează în crime şi delicte. Cele mai frecvente sunt reacţiile contra persoanelor, urmate de atentate contra liniştii publice şi contra statului, apoi de acte îndreptate contra pudoarei, bunelor moravuri şi ordinii obşteşti. Crimele schizofrenilor, cu caracter bizar şi neprevăzut, sunt savârşite cu obiecte rudimentare, fapt ce-i apropie de epileptici. În ultimul timp se ridică problema unei asistenţe extraspitaliceşti a bolnavilor care au suferit de schizofrenie, pentru a-i supraveghea prin dispensarizare, deoarece tratamentele moderne conservă facultăţile psihice ale bolnavilor, ei rămân timp mai îndelungat în sânul familiei şi al societăţii, timp în care însă pot comite şi acte antisociale.

Astfel, se prezintă în stadiul actual formele clinice ale schizofreniei, aşa cum antibioticele au făcut să dispară anumite boli şi să apară altele, la fel administrarea neurolepticilor timp îndelungat, modifică modalităţile de evoluţie în semiologia lor. Astfel manifestările clinice ale schizofreniei se reînoiesc în prezent sub ochii noştri.

Un alt aspect îl constitue suicidul la bolnavii de schizofrenie sau în debutul bolii.

U.Otto, a studiat un număr de 1727 copii şi adolescenţi cu tentative suicidare în vârstă de până la 20 ani. Până la vârsta de 13 ani înregistrează un număr de 17 cazuri, iar la adolescenţi şi tineri 1710 cazuri în vârstă de 13 - 20 ani, dintre care 1446 erau în vârstă de 16 - 20 ani. 80% dintre tentativele suicidare au avut loc la fete. În grupa copiilor şi tinerilor s-au descoperit stări maladive, tentativele suicidare observându-se cel mai frecvent în reacţiile depresive nevrotice (29,8%), nevroze (23,2%), psihoze endogene (16,5%) şi îndeosebi schizofrenie (11,8%). În nevroze tentativele suicidare au fost făcute mai ales de fete, iar în psihoze mai ales la băieţi. Frecvenţa tentativelor suicidare active a fost mai mare printre bolnavii de schizofrenie şi psihopatie în raport cu ceilalţi bolnavi. Tentativele suicidare au fost în raport de structura personalităţii mai frecvente la persoanele de tip isteric (35,7%), cu infantilism (32,7%), oligofren (14,5%) şi astenic (12,9%).

EVOLUTIA şi PROGNOSTICUL SCHIZOFRENIEI

A. Debutul

De obicei este insiduos, afecţiunea se instalează cu încetul, cu mici curiozităţi, tendinţa la izolare, ceea ce face dificilă stabilirea momentului debutului sau. Chiar cei apropiaţi bolnavului nu-i observă decât târziu aceste modificări, când simptomele devin evidente. Aceste cazuri evoluează de obicei lent progresiv spre o dezagregare a personalităţii.

Th.M.Badgley, H.C.Holloway, J.K.Hedlund redau statistica îmbolnăvirii prin schizofrenie în armată pe o perioadă de 3 ani (1956 - 1958). Diagnosticul de "reacţie schizofrenică" a fost pus la 784 bolnavi. Dintre ei 727 (92,7%) au obţinut rezultate terapeutice destul de bune; la 201 bolnavi s-a obţinut remisia de un asemenea tip, încât ei s-au reîntors în armată.

După tabloul clinic "reacţiile schizofrenice" au fost paranoide, catatonice, latente şi mixte. Toate reacţiile în afară de cele latente au debutat acut. În trăsăturile premorbide s-a evidenţiat schizoidia în 18% din cazuri, fenomene psihotice recurente şi cronice la 8%, simptome nevrotice cronice şi recurente la 6%. La restul nu s-a remarcat o patologie premorbidă clar exprimată. Terapeutica a fost psihofarmacologică, TCE, psihoterapie individuală şi colectivă. Durată medie de spitalizare a fost de 101 zile.

Modificările de caracter de multe ori sunt greu deosebite de "originalitatea" unor indivizi normali. Exista tendinţa de închidere în sine, precum şi un anumit grad de iritabilitate, care-i face pe aceşti subiecţi să fie consideraţi de ceilalţi ca "originali". Aceste trăsături de caracter anormale, par să constituie deja primele simptome ale bolii şi nu numai o predispoziţie.

În această privinţă, Bleuler considera un abuz faptul de a confunda o predispoziţie oarecare cu o maladie propriu-zisă; el nu accepta termenul de schizofrenie ca o simplă exagerare a unui temperament. Însă semnele de debut descrise au un caracter relativ, deoarece adevăratele manifestări iniţiale ale schizofreniei trec neobservate. În debutul unei schizofrenii se pot întâlni toate simptomele.

Kahlbaum descrie catatoniei sale un debut melancolic. Primele simptome ale bolii pot fi adesea tulburările de caracter care apar după

pubertate, mai ales instabilitatea şi iritabilitatea. Simptomele isterice şi neurastenice se întâlnesc de asemenea destul de des. Astfel, deseori tinerii schizofreni, şi mai ales fetele, sunt consultaţi de diferiti medici pentru tulburările lor (cefalee, astenie, incapacitate de muncă) şi etichetate ca nevroze. Ele sunt preocupate de visele pe care le au şi prezintă idei obsedante sau obsesional-impulsive. Aceste bolnave, înainte de a fi acaparate de paralizia afectivă sau de starea halucinatorie, duc o lupta evidentă împotriva bolii lor.

Alteori, simptomele se instalează relativ brusc, fără prodroame evidente, tulburările psihice progresează repede, se observa totodată înrăutăţirea stării generale, lipsa poftei de mâncare, scădere ponderală, tulburări de somn. Tulburarea de stare apare în aceste cazuri în câteva luni. Deseori la debutul schizofreniei locul principal îl ocupă simptomele fundamentale afective, fie stări de tip depresiv, fie de tip maniac. În ordinea frecvenţei, mai pot fi evidenţiate fenomene catatonice, manifestări paranoide, ca şi semne somatice.

K.Smith, M.W.Pumphrey, J.C.Hall, au studiat factorii determinanţi ai internărilor în cazul a 100 bolnavi de schizofrenie şi au constatat ca în 53% din cazuri internarea a fost determinată de un comportament social constând din acte de periculozitate pentru propria persoană şi pentru mediul înconjurator. La 38% dintre bolnavi internarea a fost determinată de un comportament inadmisibil din punctul de vedere al normelor sociale (tipete, zgomote, plecări de acasă, impulsivitate) şi numai în 9 cazuri (4 la recomandarea medicului) internarea a avut ca obiectiv "tratarea bolnavilor".

B. Evoluţie în timp

G.Huber arată că în ce priveşte evoluţia schizofreniei, criteriile formulate de Kraepelin au suferit în timp o serioasă revizuire. Totuşi, în cercetările tipurilor de evoluţie caracteristică pentru schizofrenie, influenţele somatoendogene şi psihice, factorii biografici, conduita în mediu, rezultatul acţiunilor mijloacelor terapeutice, stimularea restituţiei mecanismelor compensatorii, nu s-a creat încă reprezentarea unui ansamblu de factori biologici ai defectului schizofrenic. A cunoaşte esenţa bolii se poate nu prin demonstrarea simptomelor, ci prin studiul bolii şi evoluţiei ei. După G.Huber, remisia deplină ca şi stările defective grave la bolnavii de schizofrenie, cuprinde 1/4 din totalul cazurilor întâlnite în stationar; stări defective uşoare şi moderate cu o mai mult sau mai puţină restituire socială sunt apreciate la 50% din totalul cazurilor. În aproape 2/3 din cazuri boala decurge fazic sau în crize, dând, fie o remisie deplină, fie numai uşoare modificări ale personalităţii; în 1/3 din cazuri, evoluţia graduală neîntreruptă decurge cu formarea unui defect

grav. Pe baza observației clinice a bolnavilor cu evoluție cronică, starea defectivă s-a exprimat în mod manifest în medie în al treilea an de boală, deşi în unele cazuri defectivitatea a apărut după 16 ani de la debutul bolii. Observațiile autorului asupra evoluției procesului schizofrenic la bolnavii cronici, au arătat că toate stările psihotice trăite ca şi stările exterioare, idei delirante şi halucinații, simptome de primul şi al doilea rang ale lui K.Schneider, catatonisme, comportament neadecvat, disociația ideativă, de limbaj, paratimie, fenomene de depersonalizare şi alte tulburări de trăire a eului, autism schizofrenic etc., care, cu timpul trec pe ultimul plan sau dispar. Spre deosebire de aceste fenomene, bazale, capabile de o dezvoltare reversibilă, există simptome ireversibile caracteristice sub aspect fenomenologic şi care se exprimă prin scăderea nivelului energetic general psihic, slăbirea impulsurilor, astenie generală, înclinare spre inactivitate, insuficiența directionării şi conducerii intenționale şi direcționale, excitabilitate excedentară şi intoleranță la orice încarcare, pierderea posibilității pentru interrelatiile umane. Autorul remarcă faptul că printre bolnavii de schizofrenie cronică s-a observat la 59% predominarea unei simptomatologii predominante (catatonice şi halucinator-paranoide) în decursul evoluției bolii pe o perioadă de 10-20 ani de la debut. Totuşi 3/4 din cazurile de schizofrenie au evoluat luni şi ani ca la început ca faze paranoid-halucinatorii, iar la 90% s-au constatat în evoluție simptome catatonice, multe exacerbări sau stadii hebefrenice sau cenestopat-hipocondriace. Autorul subliniază, pe baza experienței proprii, ca formele de schizofrenie nu apar ca tipologiile descrise ele încă de la început sau pe parcursul evoluției se pot asocia, combina, transforma una în alta.

H.C.Rumke, arată că bolnavul de schizofrenie în stadiul cronic încă nu şi-a pierdut afectivitatea, şi se dovedesc capabili de diferite reacții emoționale. H.C.Rumke este de părere că modificarea simptomelor care se observă în schizofrenie, ca de exemplu apariția periodică a schizofaziei, ar reprezenta un fel de "alegere" din partea bolnavului. Scăderea tonusului psihic al bolnavului în sensul lui von Monakov, s-ar putea să fie o economisire a energiei din partea bolnavului pentru ieşirea din boală. Autorul consideră că bolnavii cronici de schizofrenie se observă o distanțare de simptomele patologice: bolnavul preferă să trăiască în lumea lui delirantă, dar trăieşte "alături" de ea. Contactul cu semenii săi din mediul înconjurator de obicei rămâne suficient de limitat: desfăşurarea obiectivă a timpului nu are importanță pentru bolnav.

E.Kluge, subliniază, de asemenea, ca nereală concepția despre autismul continuu al bolnavilor de schizofrenie. Multe dintre fenomenele aşa numitului defect reversibil, fără ca prin aceasta să fie înlăturată influența caracterului progresiv al procesului. Formele uşoare de defect ce se observă la bolnavii

nespitalizați, oferă posibilitatea de a afirma caracterul deficitar al stărilor reziduale, a scăderii nivelului starii psihice. Krantz consideră că cea mai "autistică" psihoză este depresia circulară. În comparație cu ciclotimia, în schizofrenie, sub tratament recidivele sunt mai puțin frecvente. Autorul subliniază apartenența unor anumite nevroze obsesive de ciclotimie. De asemenea, exista forme reversibile în cazul psihozelor circulare, iar unii autori vorbesc chiar de existența unor forme reversibile ale demențelor.

G.E.Vaillant consideră, pe baza datelor de literatură că despre o evoluție favorabilă a schizofreniei vorbesc următoarele date: predispoziția către boli psihice, debutul acut, confuzia şi dezorientarea în perioadă acută, lipsa trăsăturilor schizoide în perioada premorbidă, simptomele depresive. Autorul supune unui control aceste criterii, studiind un număr de 30 bolnavi de schizofrenie care s-au însănătoşit. La majoritatea dintre ei s-a constatat forma nediferențiată acută a schizofreniei. Retrospectiv la 12 dintre ei s-a stabilit forma schizo-afectivă şi la 3 forma maniaco-depresivă. Pentru control a fost luată o grupă de 30 bolnavi cu schizofrenie cronică la care, retrospectiv, s-a stabilit la 4 forma schizoafectivă, anamneza a arătat predispoziția ereditară, apare a un prognostic favorabil în acele cazuri în care rudele bolnavilor sufereau de psihoze depresive. Prezența schizofreniei la rudele bolnavilor a agravat prognosticul.

În general, evoluția pe baza aplicării neurolepticelor este favorabilă, dar în câteva cazuri boala poate evolua fără o regula în timp şi calitativ. În evoluția bolii pot exista întreruperi, opriri, pusee, remisiuni posibile în fiecare moment, de durată variabilă, de la câteva zile la câteva săptămâni, la luni şi ani. Boala poate evolua şi progresiv, fără remisiuni, ducând în final la destrămarea personalității, fie cu aspect demențial al bolnavului, fie cu defect schizofrenic, adică stabilizarea stării psihice la un nivel inferior celui dinaintea bolii.

Kahlbaum şi Hecker considerau că hebefrenia descrisă de ei ar trebui să evolueze în timp defavorabil. După Kahlbaum catatonia ar trebui să parcurgă un ciclu regulat. Aceste reguli considerate de el însă nu sunt corecte. Unele schizofrenii cu microsimptome organice au ca primă manifestare pe plan clinic o stare de excitație acută, în timpul căreia nivelul de inteligență al bolnavului scade atât de mult, încât se poate vorbi de pe acum de "demență", (demență secundară). Sindromul acut mai lasă după el, în afară de demență, halucinații şi deliruri care constitue paranoia secundară. Aceasta noțiune de "stări secundare" poate însă lipsi în aceste cazuri ca debut acut. Trecerea spre cronicitate a formelor acute nu este obligatorie. Într-o statistică făcută pe cazurile internate pe o perioadă de 30 de ani, Bleuler şi colab., dau o proporție de 1/3 sau 1/4 cazuri cu debut acut care nu ajung la cronicizare. Printre alte stări acute, stările

crepusculare evolueaza de obicei favorabil. Stările acute sunt foarte variabile ca durată. Ele trebuiesc opuse formei cronice schizofrenie simplă, ca şi formei paranoice, de asemenea cu tendinţa la cronicizare. Se vorbeşte de demenţă paranoidă când suntem în prezenţa unei forme paranoide de schizofrenie cu debut acut, diagnosticată de mult timp.

Bleuler descrie 7 tipuri de evoluţie a bolii:

- debut acut cu evoluţie spre demenţă;
- debut progresiv, ajungând la demenţă;
- debut acut, evoluând spre un deficit schizofrenic limitat;
- debut progresiv, cu evoluţie spre deficit schizofrenic limitat;
- evoluţie ciclică spre demenţă;
- evoluţie ciclică spre deficit limitat;
- evoluţie ciclică mergând spre vindecare.

Atunci când procesul schizofrenic n-a fost oprit în perioada de debut, această oprire se poate întâlni şi în perioadă de stare a bolii, ajungându-se la remisiune cu un anumit defect psihic sau simptome reziduale. În evoluţia spre cronicitate pot interveni faze de exacerbare. Se întâlnesc destul de des remisiuni bruste, neaşteptate, în special în cazul stărilor acute, delirante sau catatonice. De aceea nu trebuie să confundăm sfârşitul unui acces sau o externare cu sfârşitul bolii. La prima vedere bolnavii pot să pară vindecaţi, dar o observare mai atentă poate evidenţia încă o indiferenţă remarcabilă.

J.Jaroszynski, M.Janiszewska, W.Ejsmont, au cercetat un grup de bolnavi de schizofrenie, care au fost internaţi în spitalul de psihiatrie nu mai puţin de două ori. S-au clasificat două grupe de bolnavi după tipul remisiei, cu remisie profundă care a durat peste 2 ani, şi cu remisie de mai scurtă durată. În ultima grupă s-au întâlnit personalitatea schizoidă debutul lent al bolii, îngustarea cercului intereselor, lipsa contactelor heterosexuale, scăderea emoţională după trecerea stării critice.

Apariţia, fie a numai trei din aceste semne indică asupra unui prognostic nesatisfăcător, decât în prezenţa unei singure trăsături.

W.Mayer-Gross (1932), încearcă o descriere a stărilor de remisiune. El arată că din perioada acută a bolii nu se poate prevedea ce manifestări vor deveni reziduale, după cum în remisiuni pot apare simptome noi. Aceşti schizofreni remişi au o gândire imprecisă, neconturată, îndepărtată de la concret, lasă impresia unei pustiiri a intelectului. Ei manifestă o scădere a activităţii, scade de asemenea capacitatea de efort, astfel că după lucru se culcă în pat şi nu mai au vechile ocupaţii extraprofesionale. Uneori au un aspect neurastenic (A.Esser, 1928).

Pe plan afectiv, răceala şi indiferenţa ca simptomele reziduale sunt slab evidenţiate. Schizofrenul remis apare observatorului egoist, fără rezonanţă afectivă, lipsit de tact. Psihomotor, se constată atitudine şi mişcări relativ rigide, sărăcire a mimicii, politeţe exagerată sau formalism în vorbire şi comportare. Halucinaţiile pot exista în continuare, însă bolnavul e conştient de ele, le ţine ascunse ca pe un secret penibil, le consideră un rău inevitabil, un obicei urât. Persistenţa uneori a ideilor delirante apare ca timiditate, neîncredere şi izolare faţă de oameni. Se pot întâlni uneori în remisiuni stări ipohondrice, depresive, hipomaniacale, transformări ale caracterului în sens paranoic, existabil sau instabil, ca şi anomalii sexuale. Toate aceste anomalii au fost reunite de H.Neumann sub denumirea de "vindecări cu defect" sau de E.Meyer "vindecări sociale", fiind posibilă o readaptare socială şi reluarea muncii anterioare.

Cu privire la modalităţile evolutive ale schizofreniei, deşi părerile sunt împărţite, se poate totuşi efectua o clasificare distingând: însănătoşirea, formele progresiv-evolutive, stările reziduale.

În ce priveşte **însănătoşirea** în schizofrenie remarcăm faptul că în ultimul timp, fie se pune la îndoială, fie se respinge ideea însănătoşirii ca atare. Aceste atitudini se explică prin lipsa garanţiilor ferme biologice, psihologice şi sociale a nerepetării bolii.

E.Kraepelin (1913), consideră că demenţa precoce are o evoluţie nefavorabilă, iar în 1913, studiind catamnestic bolnavii de schizofrenie, introduce termenul de ameliorare, apropiat de termenul de însănătoşire în 12,6% din cazuri, dintre care 4% din cazuri, ameliorarea a fost de lungă durată.

E.Kraepelin a presupus posibilitatea survenirii remisiilor, nu le considera că ar putea modifica în ansamblu evoluţia nefavorabilă a bolii în ansamblu.

E.Bleuler (1911) deşi a utilizat termenul de însănătoşire, totuşi s-a îndoit de el şi de aceea îndeosebi el a descris în schizofrenie remisii cu defect de diverse grade şi gravitate.

Steck (1937), formulează opinia că în acele cazuri de demenţa precoce în care s-a produs însănătoşirea, trebuie reconsiderat diagnosticul; Kleist considera că dignosticul este îndoielnic în acele cazuri în care însănătoşirea s-a menţinut peste 10 ani.

H.Runge (1942), H.Pullar, S.Trecker (1944), M.Valentine (1955), consideră, despre vindecare, că în schizofrenie nu se poate pune problema.

A.J.Lewis (1935), pe o statistică importantă, indică un număr mare de însănătoşiri.

W.Mayer-Gross (1932), apreciază că practic, însănătoşirile de lunga durată în schizofrenie se înregistrează la 1/3 din cazuri.

A.H.Esser, în decurs de 185 săptămâni a observat 44 bolnavi (bărbaţi) în vârsta de 20 - 40 ani. Au fost luaţi în considerare următorii factori:

1. activitate posturală;
2. acte comportamentale determinante;
3. activitate motorie;
4. contactele cu alţi bolnavi şi cu personalul;
5. apropierea bolnavului de alţi bolnavi, luarea medicamentelor, reacţiile în cursul muncii.

S-a stabilit că în procesul muncii mişcările stereotipe la bolnavi scad ca număr, ceea ce după autor, aceasta ar fi un semn al îmbunătăţirii stării psihice a bolnavului. Din contra la bolnavii care nu lucrează, s-a remarcat o creştere a simptomelor, care indicau un comportament incorect. Oscilaţiile individuale în reacţiile bolnavilor la activitatea productivă introduc problema necesităţii aplicării ergoterapiei în terapeutica bolnavilor de schizofrenie.

A.Tajima, T.Kato, S.Yuasa, V.Eguma, au clasificat bolnavii externaţi din spital în activi şi pasivi. Prima sarcină pe care ei trebuie s-o rezolve după externare, este stabilizarea vieţii lor de odinioară, decât să treacă la reconstrucţia personalităţii. Studiind un număr de 79 bolnavi de schizofrenie care, în decurs de 4 - 8 ani după externare s-au ocupat de activitatea productivă sub supraveghere specială, au constatat că bolnavii grupei active permanent şi-au lărgit volumul şi nivelul activităţii productive. Pacienţii de tip inactiv şi-au schimbat activitatea, adaptarea lor la mediul social era mai liniştită, alegerea ocupaţiilor - adecvată. Greşelile restabilirii lor sunt legate de aceea că rudele şi cei din anturaj au activat prea mult pe bolnavi. Cele mai importante condiţii pentru o bună adaptare a acestor bolnavi este urmatoarea:

1. dacă bolnavul îşi exprimă vreo speranţă, chiar dacă nu se va realiza, medicul trebuie să-i susţină încrederea, în realitatea ei, indicând perioada probabilă, timpul pentru realizare;
2. dacă bolnavul vrea să facă vreo alegere, medicul este obligat sa-l instruiască asupra tuturor variantelor posibile şi să favorizeze realizarea de către însăşi bolnav;
3. din viaţa bolnavului trebuiesc înlăturate toate dificultăţile care ar putea influenţa nefavorabil asupra reabilitării.

Instrucţia pentru bolnavul de schizofrenie trebuie să fie clară, concretă şi de mai multe ori repetată.

Adaptarea bolnavului la noul mediu productiv se subîmparte în urmatoarele etape:

1. alegerea mediului;
2. conversaţia cu cei care lucrează;
3. studiul condiţiilor muncii;
4. începutul muncii.

Bolnavii de schizofrenie, frecvent dau reacţii care se deosebesc de normal, de aceea este necesar să se dea instrucţiuni corespunzatoare bolnavilor în fiecare etapă a reabilitării.

N.M.Jarikov arată ca schizofrenii remişi cu o vechime a bolii de 10 ani luaţi în studiu de el, sunt în majoritatea lor în producţie, fenomenele schizofrenice fundamentale lipsesc, ei îşi privesc critic tulburările psihotice. Autorul descrie trei varietăţi de remisiuni:

- remisiuni cu tablou psihopatologic atipic schizofreniei:
  a. paraorganică cu scădere psihică generală;
  b. afectivo-instabilă.
- remisiuni cu tulburări psihopatologice tipice schizofreniei:
  a. halucinator-paranoidă;
  b. ipohondrică;
  c. indolent-apatică.
- stări pseudopsihopatice.

G.V.Zenevici consideră că remisiunile obţinute cu ajutorul terapiei neuroleptice nu se deosebesc prea mult de cele spontane sau sub terapia insulinică. El dă frecvenţa cea mai mare remisiunilor cu forme astenice, ipohondrice şi apatice. Atitudinea bolnavului faţă de starea trecută şi prezentă variază: uneori are atitudine critică pentru starea actuală, dar insuficientă pentru cea trecută; alteori este obiectiv faţă de manifestările din trecut, dar nu-şi poate aprecia starea actuală şi, în fine, alteori nu-şi apreciază critic nici starea actuală, nici cea trecută.

I.M.Elgazina studiază paranoizi remişi, în privinţa capacităţii de muncă şi stabileşte două feluri de remisiuni:

- remisiuni incomplete, cu persistenţa ideilor halucinator delirante, modificări de personalitate şi capacitate de reîncadrare socială şi de muncă scazută;
- remisiuni profunde, fără halucinaţii sau delir, atitudine critică faţă de tulburările psihotice, puţine modificări de personalitate şi capacitate crescută de compensare socială şi profesională.

T.I.Botnik şi A.S.Kalandarsvili găsesc remisiunea de tip astenic cea mai frecventă (50%) însă caracterele sale diferă în funcţie de forma iniţială a schizofreniei, ceea ce duce la apariţia unor tipuri complexe de remisiune: asteno-ipohondrică, asteno-depresivă etc.

Alteori însă, remisiunile de lungă durată pot echivala cu vindecarea. Ca de exemplu, se citează cazul unei bolnave care se afla în remisiune de 20 de ani, sau al unui bolnav care la 22 de ani făcea o schizofrenie catatonică, după care remisiunea a durat până la 67 de ani, când au apărut o serie de elemente catatonice şi de senilitate în cadrul unei psihoze paranoide (Mayer-Gross).

Ameliorările pot surveni fie spontan, fie datorită unor tratamente sau factori psihici, cum ar fi: plimbare, concediu, vizite, "cloroformizarea" constând în cloroform-narcoză (reluată ulterior în încercările de narco-diagnostic cu evipan, mescalina). Bleuler, însă, ca şi Nacke şi Steinitz nu au obţinut rezultate cu cloronarcoze. Remisiuni trecătoare pot apare şi în cazul unor boli infecţioase febrile.

Ameliorările şi remisiunile, de cele mai multe ori se instalează lent, cu ameliorarea stării generale, revenirea apetitului şi somnului, creşterea ponderală, îmbunatăţirea afectivităţii şi a relaţiilor cu cei din jur. Trebuie de făcut o menţiune în privinţa creşterii ponderale care, dacă nu este însoţită de îmbunătăţirea stării psihice, indică cronicizarea ulterioară a bolii. De asemenea, se pot produce schimbări în formele de boală, modificări calitative; cel mai frecent catatonicii devin hebefrenici şi hebefrenicii devin paranoizi, fapt frecvent constatat de către clinicieni şi evidenţiat de P.Brinzei.

Kleist, Schwab şi Leonhard, arată că din 104 bolnavi, 66 urmează o evoluţie progresivă şi 38 o evoluţie cu remisiuni, în final, ajungându-se la o stare defectivă. Din bolnavii lor, 47 au prezentat o stare deficitară gravă, 14 mijlocie, iar 48 au murit. Alte statistici dau cifre diferite în privinţa procentelor de remisiune, diferenţe ce ţin de formele şi vechimea bolii, de diagnosticul diferenţial greu, de progresul tratamentului. Astfel, statistici dinaintea introducerii terapeuticii moderne dau cifra de 15% ameliorări de 2 - 10 ani (Pfersdorf); în statistica lui Schmidt, 57% din cazuri evoluau către demenţiere, 15,5% se vindecau cu defect, 16,2% se vindecau, restul fiind decedaţi.

Kraepelin găseşte 12,6% remisiuni complete, însă pe o durată de 3 - 6 ani; 13,3 - 17% din bolnavi pot trăi în societate, deşi cu unele modificări ale personalităţii. Dintre cei remişi la scurt timp după începutul bolii, doar 25% îşi menţin aceeaşi stare şi după 5 ani şi 3% după 13 - 14 ani.

Dintre statisticile mai noi, cea a lui Finiefs (1948) găseşte remisiuni cu o durată de peste doi ani la 14% dintre bolnavi; Rupp şi Fleischer (1939), Ross şi Malgberg (1939), dau cifra de 16%. Stenberg a făcut în 1948 un studiu pe

bolnavii observaţi timp de 10 ani, ajungând la concluzia că remisiunile bune se întâlnesc la 15 - 20% dintre bolnavi, scăderile la 12%, iar cronicizările la 67%.

Din studiul lui Hunt (1938) reiese clar că remisiunile sunt mai frecvente când boala e mai recentă. El arată că în primele 6 luni remisiunile bune apar la 34,4% din subiecţi, iar ameliorările la 19,2%; dintre aceştia, 50% nu au mai făcut recăderi în următorii 5 - 6 ani. Neumann, Muller etc. găsesc 50- 60% remisiuni în cazurile recente. În 1938, Dukor studiază datele din literatură, după care se întâlnesc 20% remisiuni complete şi 60% remisiuni sociale în primul an. Achte urmăreşte comparativ remisiunile din 1930 şi 1950. El găseşte în 1930 12% remisiuni complete, 27% remisiuni sociale şi 73% externări nevindecate. După 4 ani găseşte: 32% remisiuni şi 68% nevindecaţi sau morţi nevindecaţi, iar în 1950: 41% remisiuni complete, 70% remisiuni sociale şi 30% nevindecări. După 4 ani: 65% remisiuni şi 35% nevindecaţi sau morţi nevindecaţi. După alţi 4 ani, se observă între pensionarii permanenţi ai spitalului, 36% dintre bolnavii din 1930 şi 5% din 1950. În privinţa tratamentului aplicat, se arată că cei din 1930, au fost doar sedaţi, pe când în 1950 s-au folosit come de insulină, electroşoc sau tratamente asociate.

W.Janzarik analizează rezultatele studiului unui număr de 100 bolnavi cronici cu diferite forme de schizofrenie cronică, bolnavi a căror medie de vârstă este 35 ani Autorul arată că în considerarea formei clinice de boală din punctul de vedere al prelucrării statistice au fost dificultăţi deoarece în forma catatonică de exemplu, catatonia apare episodic, iar a o încadra statistic este o iluzie. Formele halucinator-paranoide apar mai frecvente şi pot fi considerate drept prototip al psihozei. deşi cel mai mare număr de tipuri evolutive reprezintă diferite variaţii ale schizofreniei, totuşi se pot deosebi trei variante extreme şi care nu apar ca forme intermediare a altor tipuri de evoluţie şi care apar ca de sine stătătoare: psihozele episodice catatonice, delirul paranoid izolat şi "simpla pustiire dinamică".

Psihozele episodice dinamice reprezintă elementul productiv al bolii după opinia lui W.Janzarik. Un număr de 5 din 14 bolnavi, la care în primul an de boală predominau simptomele catatonice, au evidenţiat episoade catatonice după un număr de decenii. La alţi bolnavi cu debut catatonic în evoluţie s-au observat stări halucinator-paranoide care s-au schimbat cu cele catatonice. Dinamica dezvoltării de la stări halucinator-paranoide la catatonice exprimă, probabil, intensificarea procesului psihotic. tulburările dinamice care caracterizează procesul schizofrenic, se exprimă în forma sa cea mai acută prin sindromul catatonic, iar în forma sa mai lentă de evoluţie prin sindromul halucinator-paranoid. Trecerea de la sindromul catatonic la cel halucinator paranoid ca şi invers, reflectă în felul acesta intensificarea sau ameliorarea

"elementului productiv" al psihozei. Prin asemenea oscilații ale intensității componentei productive este posibilă trecerea de la o evoluție continuă la una perioadică și invers. Delirul paranoid tipic reprezintă importanța personalității pentru structura psihozei (varianta marginală). Tulburările dinamice determinate de procesul patologic favorizează apariția modificărilor psihopatologice cu fenomene delirante, dar dezvoltarea delirului depind de personalitate "de pregatirea" creată în decursul vieții personale. Delirul paranoid apare, de aceea totdeauna ca "dezvoltat". Elementele procesuale joacă un rol, dar numai în studiile inițiale ale psihozei. Totuși și în etapele cele mai tardive este posibilă o agravare legată de întărirea procesului psihotic, ceea ce duce la transformarea în parafrenie.

Componenta deficitară a schizofreniei se observă la începutul psihozei sub forma asteniei nespecifice sau postpsihotice (slăbiciunea psihică a vechilor autori). Factorul de pustiire are importanță în aceea că slăbește plasticitatea psihică permițând consolidarea delirului. acești bolnavi cu fenomene de pustiire se găsesc de obicei în casele de bolnavi cronici. Deficitul post psihotic poate apare determinat contemplativ și de aceea este reversibil. Înțelesul de "proces" și "defect" a devenit problematic și nu totdeauna "defectul" apare ca o consecință a procesului. Înțelegerea milenară a schemei proces defect nu este fondată. În etapele tardive ale bolii se observă agravări procesuale care decurg din structurile defective. Frapează lipsa constantă a unor stări componente deficitare cu îngustarea reacțiilor emoționale, scăderea intereselor și activității etc. Aceste modificări nu se observă până la sfârșitul bolii; accentuate în etapele precoce ale procesului, ele mai curând diminua în faza a doua a bolii.

Modificarea personalității, stabilită după un timp de 10 - 15 ani de la debutul bolii (răceală afectivă, autismul, dementierea etc.) nu se observă încă. Multe particularități ale defectului schizofrenic descrise de diferiți autori, depind în bună măsură de condițiile constelative ale vieții de spital.

Semnele de insuficiență dinamică care se observă în cazul unor evoluții torpide, neproductive se aseamănă cu tulburările întâlnite de tip nedemențial, la persoanele în vârstă din căminele de bătrâni. Stările schizofrenice reziduale amintesc astfel, progresarea asincronă, de o îmbătrânire precoce psihică a bolnavilor de schizofrenie.

În privința formelor clinice, Kraepelin, Mayer și Kahlbaum arată că cele mai frecvente remisiuni se întâlnesc în evoluția formei catatonice, apoi în cea hebefrenică și paranoidă.

Studiile mai noi, pe bolnavi tratați cu fenotiazine și preparate de Rauwolfia, găsesc remisiunile cele mai stabile în formele paranoid-

halucinatorii şi în formele cu evoluţie remitentă şi cele mai puţin stabile în catatonie şi hebefrenie (Rakvin şi Samter).

Vasetco observa remisiuni terapeutice la 67% din bolnavii trataţi cu aminazină şi rezerpină, în special cei cu forme paranoid-halucinatorii şi catatonice. Achte găseşte cele mai multe vindecări complete în formă catatonică a bolii, iar remisiuni sociale în formă paranoidă; forma hebefrenică are prognosticul cel mai defavorabil. El mai arată că afecţiunile schizoforme cunosc o evoluţie mai favorabilă în comparaţie cu schizofrenia tipică. Astfel, în 1930, el găseşte printre psihozele schizoforme 59% remisiuni complete, 68% remisiuni sociale, iar în 1950 84%, respectiv 90%. Dintre aceste cazuri, 32% au trecut în forma tipică. În privinţa formei tipice, în 1930 el găseşte doar 10% remisiuni complete, 16% remisiuni sociale şi 56% nevindecări sau morţi nevindecaţi, iar în 1950, respectiv 9%, 24% şi 56%. În forma paranoidă, cifrele din 1930 sunt: 28% vindecări complete, 42% vindecări sociale, respectiv 48% şi 73% în 1950. În forma catatonică: în 1930, 32% vindecări complete, 35% tendinţe la remisiuni, în 1950 numărul lor fiind foarte mic. La hebefreni, în 1930 nu se observă nici o vindecare completă, 80% remisiuni sociale şi 92% nevindecaţi sau morţi nevindecaţi, pe când în 1950 se întâlnesc 7% vindecări complete şi 44% nevindecări sau morţi nevindecaţi.

M.Y.Ekdawi a efectuat un experiment în care predominant a fost rolul factorului social în terapeutică, creând în acest sens condiţiile ca bolnavii să fie mai liniştiţi (sistemul apare doar o soră la 7 bolnavi, ergoterapie, apropiată de condiţiile de muncă din marile uzine) şi administrare de mijloace psiho-farmacologice corespunzătoare. Zilnic în cadrul întrunirilor a fost discutat fiecare bolnav, se aprecia situaţia sa şi capacitatea de muncă. După un an numărul bolnavilor agitaţi a scăzut de la 17 la 1, a bolnavilor cu mutism de la 10 la 4, cu tulburări de dispoziţie de la 17 la 1 şi celor cu tulburări halucinatorii de la 10 la 5. Sub terapeutică, aceste rezultate au apărut în condiţiile de mai sus la 6 luni.

L.S.Gillis, M.Keet, au urmărit un număr de 16 bolnavi cu forme cronice de schizofrenie, care niciodată nu au fost spitalizaţi, au învăţat la domiciliu şi au fost ţinuţi permanent în mediul familial, care se prezenta unit. Cercetarea s-a făcut comparativ cu un grup de bolnavi spitalizaţi în familiile cărora predominau conflictele, semnele de dezorganizare. Autorii conchid că caracterul relaţiilor familiale şi relaţiilor cu bolnavul apare ca un factor esenţial, care uneori dă posibilitatea păstrării pe timp îndelungat sau permanent a bolnavului în familie.

H.V.Kamp, subliniază că modificările clinice asupra bolnavilor de schizofrenie reacţionează diferit la terapeutica neuroleptică. Unii din ei

reacționează foarte bine și nu după mult timp (câteva luni) se externează, alții care se află în spital după câțiva ani, iar a treia grupă de bolnavi necesită perioade mai mari de timp. Caracterul diferit al reacției la terapeutică reflectă particularitățile neurofizilogice ale bolnavilor. Se presupune ca în schizofrenie are loc o perturbare a procesului de transformare a DOPA în epinefrina. Astfel faptul frecvent întâlnit ca acela al asocierii rare a schizofreniei cu hipertensiunea arterială permite să se presupună că în schizofrenie este scăzută formarea produșilor intermediari ai metabolismului cerebral și îndeosebi a dopaminei pe seama formării crescute a alfa-metil-DOPA, dotată cu proprietăți hipotensive. Pe lângă cele de mai sus această substanță are acțiune sedativă și determină slăbiciune, cefalee, cu alte cuvinte, acțiunea acestei substanțe este analoagă cu acțiunea efectelor secundare ale clorpromazinei. Perturbarea căii de formare a dopaminei din DOPA poate duce la sinteza crescută de melanina în locul altor pigmenți. La bolnavii de schizofrenie tratați mult timp cu clorpromazină, cea mai mare concentrație a preparatului s-a evidențiat în firul de par. Frecvența reacțiilor fotosensibile la bolnavii tratați cu clorpromazină, atestă creșterea pigmentului ca urmare a creșterii vitezei de sinteză a DOPA-tiroxinazei. În mod normal dopamina poate fi metilată în 3- metoxitiramina. S-a descoperit că în urina bolnavilor de schizofrenie există un produs intermediar 3-4-metoxifenilamina dotat cu proprietăți psihotomimetice. Acest produs metilat în continuare se transformă în mescalină, care determină tulburarea conștiinței și halucinații la persoanele sănătoase, care amintesc tulburările psihice constatate la bolnavii de schizofrenie. În felul acesta, tulburarea hipertensiunii, formarea patologică de pigmenți, ca și formarea de produși metabolici mescalinici atestă perturbarea proceselor metabolice în schizofrenie. Unele produse patologice de metabolism în schizofrenie au un efect halucinogen, altele un efect catatonigen, iar în al treilea grup condiționează un comportament hiperactiv al bolnavilor. Această concepție asupra pluralității produselor patoogice de metabolism se armonizează cu concepția plurifactorialității factorilor etiologici în schizofrenie. Din punctul de vedere al acestei concepții, prognosticul în schizofrenie ar putea depinde de modul în care organismul se poate adapta la formarea produselor normale și patologice de metabolism, ca răspuns la acțiunile stressante exogene. Deși prognosticul schizofreniei a cunoscut o îmbunătățire, sub noile mijloace terapeutice, totuși remisiunile definitive se întâlnesc mai rar, apărând deseori recidive. Kraepelin consideră că ameliorarea în această boala durează cel mult 3 - 6 ani. În 1963, Safonova și colab. arată că peste jumătate din bolnavii externați, care fuseseră internați pentru prima oară, au revenit în spital în primul an, iar Filianovski găsește 71,6% cazuri care revin în primii 3 ani și 81% în primii 5 ani. El arată

că durata remisiunilor este în funcţie de calitatea lor, durata reinternarilor crescând paralel cu durată bolii. În acelaşi sens, Zenevici arată că bolnavii care rămân cu defecte şi cei cu remisiuni incomplete dau cele mai multe recidive timpurii. El considera ca tratamentele "active" sau simptomatice nu influenţează nici frecvenţa recidivelor, nici intervalul la care apar. La fel, Bleiher şi Zalotitki arată că, cu cât remisiunile sunt de calitate mai slabă, cu atât caracterul recidivelor este mai grav şi ele apar mai repede.

C.Parhon-Ştefănescu şi colab. constată la bolnavii internati pentru prima oară că cele mai multe recidive apar în primii doi ani şi durează 1- 6 luni, apoi urmează ca frecvenţă recidivele între 6 luni - 3 ani. Se citează o serie de factori cu rol favorizant în apariţia recidivelor: traumele psihice, conflictele, surmenajul, bolile somatice, operatiile chirurgicale, naşterile, condiţiile nefavorabile de mediu, întreruperea tratamentului de întreţinere.

Pollak şi Staehelin, arată că aplicarea unui tratament de întreţinere cu neuroleptice corect duce la scăderea numărului de recidive, cu prelungirea remisiunilor. Smakova găseşte o serie de variante ale tabloului clinic la bolnavii cu schizofrenie simplă, cu o vechime a bolii de 20 - 30 ani: psihastenici cu obsesii şi ritualuri, astenice, psihopatice, paranoide, afective. Uneori se ajunge la cronicitate, după un număr variabil de recidive, prin calitatea tot mai proastă a remisiunilor, scăderea afectivităţii şi activităţii şi săracirea gândirii.

Mayer-Gross arată că sunt cazuri în care, după o remisiune de ani de zile, pot apare acutizări ale bolii.

Trebuie remarcat faptul că antecedentele premorbide au o importanţă deosebită asupra evoluţiei bolii. Se cunosc în acest sens familii de schizofreni care au particularităţi clinice interesante de manifestare a simptomatologiei psihopatologice. În acest sens T.I.Iudin (1907), redă istoricul a 12 familii. În 5 familii a remarcat o simptomatlogie a tabloului clinic al bolii care constă din crize de excitabilitate, acţiuni impulsive şi slăbire graduală a psihismului; la toţi fraţii şi surorile boala a debutat cu crize de agitaţie iar în două cazuri s-au întâlnit şi stările stuporoase; evoluţia a fost circulară cu dezvoltare fazică şi prezenţa simptomatologiei paranoide cu o moderată scădere a proceselor intelectuale. Autorul consideră că asemănarea nu vorbeşte despre paralelismul simptomelor, deosebirile individuale ale organismului, deosebirile de ocupaţii şi condiţii de viaţă, nu pot să nu-şi lase amprenta asupra evoluţiei bolii.

A.N.Molohov, cercetează un număr de 33 perechi familiale de schizofreni şi la majoritatea dintre aceştia descoperă forme identice de schizofrenie în una şi aceeaşi familie. Asemănarea, aşa cum remarcă autorul s-a remarcat în modul cel mai frecvent la fraţi şi surori îndeosebi pe sindroame, iar

în ce priveşte evoluţia, aceasta era determinată şi de intervenţia unor factori supraadăugaţi care au precedat boala sau au servit în procesul desfăşurării sale. Autorul consideră că se poate vorbi de o predispoziţie la boală la una din formele de baza ale schizofreniei.

M.Bleuler a stabilit că schizofrenia cu o foarte mare încărcătură de predispoziţie ereditară decurge mai favorabil, dă mai rar stări defective şi cu mult mai frecvent remisii.

K.Leonhard, susţine observaţiile lui Bleuler despre evoluţia mai gravă a schizofreniei la bolnavii care nu prezintă predispoziţii ereditare şi încearcă să explice aceasta prin "acumularea în ereditatea familiilor predispuse a psihozelor atipice".

A.G.Galacian a studiat 214 serii de fraţi şi surori dintre care 16 proveneau din părinţi schizofreni, împarte bolnavii după caracterul evoluţiei în trei grupe:

1. grupa cea mai mare dar şi cea mai gravă este constituită din stări psihotice manifeste, fără aproape nici o remisie şi cu evoluţie progredientă;
2. cu evoluţie favorabilă, fără stări psihotice acute grupa cea mai puţin numeroasă;
   şi
3. grupa constituită din schizofrenia remitentă.

A.G.Ambrumova analizând schizofreniile "familiale", deosebeşte îndeosebi formele clinice halucinator-paranoide, catatonice şi forma simplă: după tipul de evoluţie distinge:

a. forma remitentă - fără a se ajunge la nivelul anterior (59 bolnavi);
b. evoluţie remitentă cu întoarcere la nivelul anterior (3 bolnavi).

Autoarea subliniază asemănarea într-un grad mai mic între evoluţia psihozelor dintre părinţi şi copii, decât între fraţi şi surori.

I.V.Kirakosov, studiază un număr de 35 familii în care părinţii şi copiii (61 bolnavi) sufereau de schizofrenie. Studiul a fost efectuat în vederea evidenţierii particularităţilor de evoluţie a schizofreniei. La 16 din totalul de 35 familii schizofrenia se manifestă la a treia generaţie. Se remarcă faptul că la 22 din 38 bolnavi-copii, s-au evidenţiat din studiul anamnezei că înainte de a se îmbolnăvi de schizofrenie au suferit de traumatisme cranio-cerebrale, tulburări endocrine sau erau prezente diferite semne organice care atestau leziuni ale sistemului nervos central.

La câţiva bolnavi (părinţii cărora au suferit de schizofrenie) copiii au decedat de diverse boli cerebrale, meningite, meningo encefalite etc. La 24 bolnavi (din 38) s-au remarcat trăsături psihopatice de caracter.

Autorul arată că înainte de instalarea psihozei, nu se remarcă nimic din trăsăturile schizofrenice sau dintre particularităţile premorbide caracteriologice de tip schizofrenic.

În ce priveşte dezvoltarea procesului schizofrenic, s-a constatat o oarecare legătură între particularităţile dezvoltării bolii la părinţi şi la copiii lor. Astfel, la 4 părinţi cu dezvoltare lentă a bolii au corespuns 4 copii cu dezvoltare lent progresivă a schizofreniei, în timp ce la alţi 2 părinţi cu dezvoltare lentă au corespuns doi copii cu dezvoltare subacută a bolii. La 4 părinţi şi la copiii lor s-au înregistrat forme subacute de debut. La părinţii care au avut un debut lent le-au corespuns 2 copii cu acelaşi tip şi unul cu debut acut al procesului.

La 9 părinţi cu debut acut le-au corespuns 7 copii cu debut acut, unul cu debut subacut şi altul cu debut lent.

Aşa cum se observă din cele de mai sus, caracteristic apare faptul că, dacă la părinţi s-au remarcat debuturi lente sau subacute ale bolii, atunci şi la copii a intervenit acelaşi mod de debut lent sau subacut.

O analogie determinantă s-a remarcat şi în ce priveşte tabloul clinic al debutului bolii. Cel mai frecvent la copii ca şi la părinţi, debutul bolii a fost sub forma sindromului halucinator-paranoid (la 10 părinţi şi la 8 dintre copiii lor), urmează sindromul catatonic sau catatono-paranoid (la 6 părinţi şi la 4 dintre copiii lor) şi în fine, simptomatocomplexele catatonice şi halucinator-paranoide. La 4 părinţi şi la copiii lor debutul bolii a fost marcat de stări nevrotiforme şi depresive.

Răspândirea după forma clinică corelează în cel mai înalt grad pentru forma catatonică (5 la părinţi şi 5 la copii).

După tipul de evoluţie a bolii s-a constatat că ele corespund la părinţi şi la copii. Astfel, la 10 părinţi şi 10 copii s-a constatat tipul de evoluţie remitentă. La 7 părinţi şi la 5 copii s-a constatat o evoluţie adinamic-apatică.

În ce priveşte ieşirea din procesul patologic, s-a remarcat o evoluţie îndelungată la 9 bolnavi (2 părinţi şi 7 copii), 20 bolnavi (7 părinţi şi 13 copii) nu lucrează, 28 bolnavi (11 părinţi şi 17 copii) lucrează.

Cu privire la felul remisiilor cu defect, acestea se repartizează după cum urmează:

Felul remisiei	Părinți	Copii decedați	Copii ai părinților
Psihopatiform	4	8	4
Cu tulburarea gândirii	4	2	1
Apato-abulic	2	5	2
Ipohondriac	8	-	1
Asteno-hiperstenic	1	1	2
Paranoid-halucinator	1	4	2

C. Astrup (1966), a cercetat un număr de două grupe de bolnavi internați pentru prima dată cu psihoze funcționale: 972 în perioadă 1938 - 1950 și 706 în 1951 - 1957. Analiza factorilor genetici s-a efectuat prin compararea tabloului clinic al bolnavilor cu tabloul clinic al îmbolnăvirii rudelor apropiate, așa cum reieșea din istoricul bolii. Tabloul clinic al bolii rudelor amintea boala celui cercetat, dar erau și deosebiri. Cu ajutorul mașinilor de calcul, pe baza codificării simptomelor clinice, sociale și genetice, s-a realizat un model pentru preducția riscului de îmbolnăvire prin schizofrenie. Importanta prognostică a factorilor sociali a variat în mod important în decursul a două perioade de timp, ceea ce-i scade valoarea pentru includerea sa în modelul prognostic. Pentru ambele grupe de bolnavi, modelul creat include 5 semne clinice mai importante din punct de vedere prognostic cu variantele genetice: prezența psihozelor schizofrenice la frați, surori, părinți, bunici, frații și surorile părinților. Factorii genetici au apărut dintre cei mai buni factori prognostici. De aceea autorul consideră pe deplin justificată introducerea factorilor genetici în modelul prognostic Un astfel de model dă un prognostic corect în 80% din cazuri.

J.H.Stephens, Ch.Astrup au studiat catamnestic un număr de 143 bolnavi de schizofrenie, în decurs de 3 - 15 ani de la externare. Bolnavii au fost despărțiți în două grupe cu prognosticuri deosebite: una din grupe era cu schizofrenie "procesuală cu un prognostic relativ prost (defectul era exprimat în 50% din cazuri), și o alta grupă - bolnavii cu schizofrenie neprocesuală, în care probabilitatea apariției defectului nu este însemnată. Grupa bolnavilor cu schizofrenie procesuală, autorii o divid în doua subgrupe - persoane cu diagnosticul de "schizofrenie sistematică" (9 forme după Leonhard) și alta subgrupă - bolnavi cu schizofrenie nesistematică, cu diagnosticul de "parafrenie saturată afectiv", "catatonie periodică" etc. În grupa schizofreniei procesuale, autorii includ nu numai trei forme de psihoze "cicloide" după Leonhard, dar și schizofrenia pseudonevrotică, psihoza de depersonalizare,

psihozele reactive de tip isteric sau depresiv). În grupa bolnavilor de schizofrenie procesuală, în cercetarea catamnestică s-a remarcat însănătoşirea la 10%, ameliorare 14%, stare nemodificată 49%; în grupa bolnavilor cu schizofrenie neprocesuală, s-au găsit corespunzător: 38%, 59% şi 3%. Autorii redau enumerarea simptomelor care se observă îndeosebi în schizofrenia procesuală şi care indica un prognostic rău: tendinţele schizoide ale personalităţii premorbide, prezenţa schizofreniei cronice la rudele apropite, adaptare socială dificilă, dezvoltarea incorectă a vieţii sociale, existenţa îndelungată a unor simptome, lipsa factorilor provocanţi, pustiire afectivă evidentă, prezenţa ideilor delirante primare, caracterul fantastic sau absurd al delirului delir senzopatic şi senzaţii patologice, caracterul particular al halucinaţiilor auditive (sonorizarea gândurilor, voci care comentează), prezenţa halucinaţiilor masive vizuale, a halucinaţiilor tactile, prezenţa ideilor de influenţă, a stereotipiilor motorii, ecolaliei şi stereotipiilor, neologismelor. Printre diferitele forme ale schizofreniei neprocesuale, psihoze care au un prognostic relativ bun, dimpotrivă, frecvent lipsesc simptomele procesuale descrise mai sus şi modificările progresive ale personalităţii, totuşi se remarcă trăsăturile de tipul extraversiunii (ciclotimice) ale personalităţii premorbide, psihoze schizofrenice (de exemplu maniaco- depresive) la rude, o bună adaptare în trecut, debutul frecvent al psihozei, factorii externi provocanti, prezenţa unor "legături de înţeles" între simptomele psihotice şi starea premorbidă, debutul bolii cu fenomene de excitaţie, confuzie şi anxietate, păstrarea îndelung a emoţiilor, predominarea ideilor de inovaţie, a simptomelor ipohondriace, prezenţa tulburărilor de conştiinţa, trăsături maniaco-depresive în psihoză. Autorii consideră că presupunerea unităţii nosologice a psihozelor schizofrenice este periculoasă pentru studiul şi înţelegerea ulterioară a bolii; autorii subliniază că şi problema diversităţii nosologice a schizofreniei nu este rezolvată.

C. **Stările terminale** sunt foarte variate, bolnavii din azile prezentând multe simptome accesorii. În cazurile cu evoluţie nefavorabilă, procesul schizofrenic va evolua până la o profundă dezagregare psihică din cadrul stărilor terminale. Kraepelin a descris 9 forme (tipuri) de stări terminale:

- vindecare;
- vindecare cu deficit (ameliorare) - este cea mai frecvent întâlnită;
- degradare intelectuală simplă;
- degradare intelectuală cu incoerenţă verbală, în care caz evoluţia este rapidă,cu tulburări senzoriale şi delir;

- degradare halucinatorie; în acest caz delirurile şi halucinaţiile nu influenţează prea mult gândirea şi conduita;
- stare halucinatorie, în care ideile delirante progresează foarte lent, foarte incoerent; frecvent este delirul de influenţă somatică;
- demenţa paranoidă;
- degradarea intelectuală extravagantă cu manierisme, stereotipii, impulsivitate;
  caracteristică este incoerenta verbală;
- scăderea intelectuală stupidă; negativism, automatism; se comportă ca nişte maşini.

A.G.Caterson, D.H.Bennett, R.K.Freudenberg, au cercetat o grupă de bolnavi cronici în vârstă de 60 ani, din punctul de vedere al posibilităţilor readaptării sociale. La 19% dintre bolnavi, în simptomatologie predominau ideile delirante, la 30% s-a observat incoerenţa limbajului, iar 7% dintre bolnavi erau în stare de mutism. Graţie unei terapeutici active şi unui bun sistem de reabilitare şi readaptare a bolnavilor, a devenit posibila trecerea lor într-o colonie de bolnavi, unde bolnavii puteau participa la procesele de muncă. Aproximativ 13% dintre bolnavi erau capabili să îndeplinească în mod sistematic o muncă continuă şi după câteva luni au putut să fie externaţi.

N.J.Cole, D.L.Brewer, H.H.Brench, au studiat un grup de bolnavi internaţi între 1957-1959 în scopul studierii adaptării sociale şi au constatat că după prima internare acest procent era de 65%, iar după 3 spitalizări de 43%. În ce priveşte adaptarea socială, autorii au evidenţiat importanţa mare a unor factori ca: durata spitalizării, starea familială, felul ocupaţiei, decât timpul debutului bolii, vârsta la prima internare, numărul general de spitalizări, nivelul instrucţiei şcolare şi felul ocupaţiei părinţilor.

Kraepelin constata o strânsă legătură între starea terminală şi manifestările clinice anterioare. Autorul considera că aceste stări terminale din demenţa precoce sunt de fapt demenţieri care au multe caractere comune cu acelea din paralizia generală, senilitate sau epilepsie. El descrie slăbirea judecăţii, incapacitatea bolnavului de a deosebi esenţialul de secundar, pierderea cunoştinţelor. E.Kraepelin şi E.Bleuler arată că stările terminale din schizofrenie au un caracter defectiv particular, cu anumite trăsături psihopatologice. E.Bleuler considera că termenul de demenţă nu este corespunzător tulburărilor de inteligenţă din schizofrenie. El arata că funcţiile fundamentale se păstrează chiar în formele grave de boală. El descrie printre formele terminale şi schizofazia, cu mare incoerenţă, pe care A.V.Snejnevski o

considera stare terminală a schizofreniei paranoide. În anul 1960, H.Ey descrie trei tipuri de deficite schizofrenice terminale:

- dominat de inerție;
- cu incoerență ideoverbală (schizofazia);
- cu delir.

K.Leonhard, descrie 14 subforme ale stărilor defectuale schizofrenice, care au fost împărțite în defecte schizofrenice paranoide, hebefrenice și catatonice.

Autorii sovietici descriu demența apatică sau apatoabulică, cu stare terminală a schizofreniei. Ei observă: incoerența în gândire, păstrarea îndelungată și relativă a cunoștințelor, memoria intactă, afectivitatea tocită, bolnavul e apatic. În cazurile grave, bolnavii nu mai au nici o ambiție, sunt mereu apatici, lipsiți de interes; ei pot presta în mod mecanic o muncă simplă, sau pot refuza orice activitate, necesitând o îngrijire continuă.

V.N.Favorina arata că stările terminale ale formei delirante sunt cele mai complexe din punct de vedere clinic. Ea descrie două grupe:

- dezvoltarea "pură" a schizofreniei, cu trecerea sindromului delirant de la forma paranoidă la cea paranoid-halucinatorie și apoi parafrenică; în acest grup, remisiunile pot apare tardiv, spontan sau sub tratament;
- grupa cu manifestări clinice polimorfe, cu acutizări, numeroase în evoluție ajungând în final fie la schizofazie, fie la stări asemănătoare maniei, sau la stări catatono-parafreno-hebefrenice și catatono-halucinatorii cu vorbire incoerentă.

În stările terminale din forma catatonică predomină manifestările achinetice sau, din contra hiperkinetice, cu frecvente halucinații auditive.

Hebefrenia are o tendință mai mică spre stabilizare, deși scindarea personalității se face mai devreme. Tratamentul cu neuroleptice a făcut ca stările terminale, chiar demențiale, să fie reversibile. Deci acestea nu constituie sfârșitul bolii, ci etape tardive ale procesului schizofrenic, în care pot surveni acutizări sau remisiuni tardive.

M.Kaczynski studiază disoluția elementară a psihicului la bolnavii de schizofrenie cu evoluție îndelungată, la care este posibilă apariția unui sindrom psihic elementar, legat de apariția instinctelor și tendințelor elementare. Tulburările care apar pot să se asemene cu un sindrom Kluwer-Bucky (e vorba de simptome de hipermetamorfoză, episoade de comportament oral etc).

D. Sfârşitul bolii

a). Moartea

I.C.Wilson, J.C.Reeca (1964), descriu cauzistica a două cazuri de gemeni monozigoţi, bolnavi de schizofrenie, care au decedat neaşteptat deodată, fapt care, după autorii articolului nu a mai fost descris în literatură. Gemenii (fete) erau la naştere trei (băiatul a decedat după naştere) au crescut şi s-au dezvoltat aparent normal şi în condiţii identice de viaţă. S-au îmbolnăvit în acelaşi timp prezentând delir sistematizat de otrăvire şi urmărire, lipsa de interes pentru mediul ambiant, creşterea pustiirii emoţionale, refuzul alimentelor. În ziua morţii ei au fost separaţi, fiecare în câte un pavilion. În starea psihică s-a remarcat o îmbunătăţire nesemnificativă, dar în acelaşi timp, şi la unul şi la altul, s-au remarcat **convulsii** (la clorpromazină la unul şi la tioridazină la celălalt).

De remarcat că pentru refuzul alimentelor înainte de a intra spre deznodământ, pacienţilor li se **administrează anabolizante**, care parabiotizează (adâncesc parabioza) organismul. Discutând cauza morţii, autorii presupun că a avut loc o combinare de factori - tulburarea nutriţiei, factori fizici şi toxici. Totuşi moartea simultană a rămas neexplicată.

Schizofrenia prin ea însăşi nu compromite iată. Unii autori consideră că la vârste egale, indicele de mortalitate ar fi mai mare la schizofreni decât la restul populaţiei. Unii autori citează în 1% din cazurile de schizofrenie, forme mortale. Alteori, moartea survine ca o consecinţă indirectă a bolii. Morţile subite în schizofrenie se pot observa în stările de stupoare; unii autori includ în cadrul schizofreniei o formă de catatonie mortală.

Reichardt a căutat să explice moartea subită de la schizofreni, descriind o intumescenţă acută a creierului, care duce rapid la creşterea volumului său şi la creşterea presiunii intracraniene. În general moartea se produce prin afecţiuni intercurente.

În privinţa cauzelor de moarte la schizofreni, J.B. Dynes în S.U.A. (Salem) a făcut un studiu pe o perioadă de 10 ani, pe schizofreni autopsiaţi în comparaţie cu populaţia generală. El găseşte cauza mai frecventă de moarte, maladia cardiacă (35%), care nu este prea diferită de a populaţiei generale în S.U.A.(40). O a doua cauză de moarte la schizofreni este reprezentată de maladiile pulmonare (23%), procent mult mai ridicat faţă de al populaţiei generale (3%). Apoi, urmează cancerul care a antrenat 13% morţi faţă de 19% la restul populaţiei. A patra cauză de moarte, constituie o surpriză: este vorba de morţi bruşte, fără evidente leziuni anatomo-patologice (12,6%), în care ar putea fi implicate fenotiazinele. Sunt destul de numeroase şi sinuciderile.

totdeauna înainte de 50 de ani. Autorul conchide că schizofrenii nu mai mor de schizofrenie, ca în trecut, când erau frecvente catatoniile fatale şi când se ajungea la istovire prin agitaţie sau prin refuzul de alimente, fapt datorat, probabil, utilizării tranchilizantelor.

G.D.Niswander, C.M.Haslerud, G.D.Mitchell, analizează cauzele de deces a bolnavilor de schizofrenie în cinci perioade diferite de timp: 1928-1932; 1938- 1942; 1948-1952; 1958-1962, conchizând că aceste cauze au fost aceleaşi ca şi la populaţia sănătoasă din punct de vedere psihic. Autorii remarcă faptul ca bolnavii de schizofrenie care s-au aflat în spital au decedat la vârste mai tinere. În ce priveşte diferenţele de sex, s-a constatat că femeile bolnave de schizofrenie au decedat la o vârstă mai tânără în raport cu bărbaţii bolnavi de aceeasi boală. În perioadele iniţiale cea mai mare mortalitate o dădeau în condiţiile spitalului bolile infecţioase şi îndeosebi tuberculoza pulmonară, în timp ce pentru perioada 1958- 1962 cauza decesului prin tuberculoză a fost extrem de rară. Aceste date constituie de altfel o dovadă împotriva unei legături patogenetice între tuberculoză şi schizofrenie. Se remarcă o frecvenţă a bolilor cardiovasculare şi renale la bolnavii de schizofrenie. În raport cu populaţia psihic normală, bolnavii de schizofrenie au o rată mai crescută de deces prin boli cardio-vasculare şi renale, iar femeile schizofrene decedează la o vârstă mai tânără prin aceste boli în raport cu bărbaţii bolnavi de schizofrenie.

A.E.Hussar, analizează 1275 protocoale necronologice a bolnavilor de schizofrenie, care au decedat în perioadă 1954-1959, în 29 de spitale, în vârstă de 40 ani şi peste. Vârsta medie de deces a fost de 62,8 ani. Bolnavii de schizofrenie catatonică sau cu schizofrenie de tip nediferenţiat au decedat la vârste cu mult mai tinere, decât bolnavii cu schizofrenie hebefrenică şi paranoidă. Au murit subit 31% dintre bolnavi, la 2/3 dintre ei s-au stabilit boli coronariene. Analiza cauzelor de deces a arătat că bolile coronariene şi cancerul au constituit, ca şi în cazul populaţiei generale, principala cauza de deces. Marele procent al stărilor letale prin pneumonie, îndeosebi prin inhalaţie, disfazie sau prin cauze necunoscute. Se remarca procentul cel mai scăzut al celor decedaţi cu tumori şi cel mai mare procent de embolii pulmonare în schizofrenia catatonică, comparativ cu alte tipuri de schizofrenie.

G.D.Niswander, G.M.Haslerud, G.D.Mitchell, au stabilit că toţi bolnavii de schizofrenie mor la cele mai fragede vârste, în comparaţie cu oamenii sănătoşi, indiferent cât de timpuriu sau de tardiv au fost în staţionar sau cât de continuu sau întrerupt. În acest sens, autorii au studiat 5 grupe de bolnavi aflaţi în spital între 1928-1962. Rezultatele studiului au arătat că:

1. durata vieţii la bărbaţii şi femeile bolnavi de schizofrenie este aproape aceeaşi;
2. un mare procent de femei bolnave de schizofrenie mor în vârstă mai tânără de 50 ani de diferite boli cardio-vasculare şi renale;
3. cea mai mică durată de viaţă se observă la bolnavii de schizofrenie catatonică la care, de asemenea moartea survine la femei la o vârstă mai tânără decât la bărbaţi.

Aşa cum s-a arătat, cea mai frecventă cauză de moarte, sunt bolile cardio-reno-vasculare; atunci se presupune că tulburările catatonice favorizează dezoltarea tulburărilor cardio-vasculare (tromboze etc.). Se ştie că nivelul plasminei (ferment care dizolvă cheagurile sanguine) este mai crescut în sânge după încărcările, eforturile fizice, decât în stare de linişte, de repaus. La bolnavii de catatonie cu un nivel scăzut de plasmină, se pare că aceasta ar putea constitui una din cauzele bolilor cardio-vasculare, care, la rândul lor, să determine o mortalitate crescută şi în consecinţă, o scădere a duratei medii de viaţă a bolnavilor de schizofrenie catatonică.

N.Orlinsky, E.D'Elia, dau o serie de rezultate referitoare la asistenţa extraspitalicească a bolnavilor psihici în Chicago; discutând trei categorii de probleme referitoare la capacitatea de a preveni respitalizările, dacă timpul influenţează asupra reinternărilor şi dacă numărul vizitelor din partea dispensarului influenţează reinternarea. Experienţa în decurs de doi ani efectuată de autori arată că organizarea ieşirii clinice şi asistenţa de dispensar au o strânsă legătură cu durata petrecerii timpului în afara spitalului, în familie.

Din 1336 bolnavi de schizofrenie, care s-au aflat în observaţia dispensarului şi care au primit terapeutica corespunzatoare, un număr de 25,7% s-au reinternat în cursul primului an, în timp ce dintr-un număr de 796 bolnavi care nu au fost în regim de dispensar, s-au reinternat 45,5%. În felul acesta, bolnavii aflaţi sub observaţie clinică au petrecut un timp mai îndelungat în afara spitalului, în comparaţie cu bolnavii nespitalizaţi. Nu s-au putut stabili relaţii precise între începutul dispensarizării şi data ieşirii din spital, sau între frecvenţa consultaţiilor la dispensar în primele 6 luni şi data reinternării.

b). Scăderea afectivă şi gradele sale. Posibilitatea de vindecare

Bleuler, în legătură cu vindecarea, ia în considerare un criteriu pragmatic şi social. E.Mayer vorbeşte de asemenea de o vindecare socială. Kraepelin descrie vindecări la o parte din bolnavii săi, însă cu persistenţa câte unui simptom al bolii.

Aschaffenburg, printre cazurile studiate de el, n-a găsit nici o vindecare, la fel, Ilberg; Bleuler, apropo de vindecare, constată că la toate cazurile externate se mai observă câte un semn de boală, şi la foarte puţine cazuri aceste semne nu sunt aparente şi trebuiesc căutate. Aceşti bolnavi însă au continuat să profeseze şi chiar să ocupe funcţii importante de tip administrativ. dacă se ia în considerare drept criteriu de vindecare conştiinţa bolnavului faţă de boala sa, aceasta se constată la numeroşi schizofreni. Jung însă considera că ar putea fi vorba doar de o "cunoaştere rece şi intelectuală". Toate aceste motive ne fac să nu putem vorbi de "vindecări", ci doar de ameliorari prelungite.

Testul de conduită care constă în observarea posibilităţii de a se ocupa cu ceva în azile, ne poate orienta asupra gravităţii scăderii demenţiale Bolnavii care sunt capabili să se adapteze la o ocupaţie oarecare sunt "uşor demenţi", pe când cei fără utilitate socială, sunt "grav demenţi". Între aceste două eventualităţi se poate sau nu lua în considerare o slăbire "medie". Pe o statistică făcută la Burghelli, după primul acces s-au observat urmatoarele rezultate: 60% demenţă uşoară, 10% demenţă mijlocie şi 22% demenţă gravă. Un studiu făcut pe paranoizi a găsit: 65% scădere demenţială uşoară, 16% medie şi 19% gravă (Zablocka,1908). La catatonici s-au găsit 57% cazuri uşoare de demenţa, 13% medii şi 30% grave, iar la hebefrenici, respectiv 58%, 22% şi 20%.

Având în vedere frecvenţa mai mare la femei decât la bărbaţi a catatoniei, vom arată proporţia de scăderi demenţiale la această formă. Deşi forma paranoidă a schizofreniei are un prognostic sever, scăderea afectivităţii se observă aici mai ales în timpul stărilor delirante şi halucinatorii. Capacitatea lor de muncă este absentă atât în cursul puseelor acute, cât şi în afara lor.

Cu cât timpul de observare a cazurilor este mai lung, cu atât slăbirea intelectuală se accentuează. Unii bolnavi ajung la demenţă paranoidă.

	Demenţă uşoară		Demenţă medie		Demenţă gravă	
Catatonie	+	**0**	+	**0**	+	**0**
Bărbaţi	56 %	67 %	12 %	17 %	32 %	16 %
Femei	58 %	57 %	20 %	12 %	22 %	21 %
Media	57 %	63 %	17 %	19 %	26 %	18 %

Până în prezent nu s-a putut face o corelaţie între simptomele debutului şi gravitatea sfârşitului. După natura bolii, unele cazuri cu mari episoade acute în debut pot avea şansa unei slăbiri intelectuale mai mici.

E. Prognostic

În ce priveşte prognosticul schizofreniei, unii consideră că există şanse egale de oprire sau de agravare a bolii. În general însă, prognosticul este rezervat, fiind greu să ne pronunţăm de la început cum va evolua ulterior boala.

În ultimul timp, odată cu introducerea neurolepticelor în tratamentul schizofreniei şi cu îmbunătăţirea asistenţei bolnavilor, se asistă atât la schimbarea prognosticului fiecărui caz, cât şi a proporţiei dintre forme clinice ale bolii. În acest sens, Achte constata în 1950 creşterea numărului de cazuri cu formă paranoidă şi scăderea celor cu formă catatonică, faţă de anul 1930. În general, se observă creşterea cazurilor uşoare de boală cu scăderea celor cu forme prelungite. Când suntem în prezenţa simptomelor catatonice cronice pronunţate, care apar în plină luciditate, slăbirea intelectuală este definitivă şi gravă. Când însă, pe parcursul evoluţiei se citează una sau mai multe remisiuni durabile, degradarea intelectuală gravă se întâlneşte rar, cu excepţia sindroamelor acute cu repetiţie periodică, care de obicei ajung la o accentuată scădere intelectuală. În cazul schizofreniei este mai uşor să se pună diagnosticul decât să se aprecieze prognosticul. Problema grea care se pune este aceea de a defini printr-un criteriu evolutiv.

Studiile făcute de Bleuler în privinţa prognosticului schizofreniei, ajung la concluzia că simptomele cardinale ale schizofreniei au tendinţa la regresie, dar semnele de cronicitate se accentuează. Deci, a pune diagnosticul de schizofrenie, înseamnă a pune prognosticul de cronicitate. Se cunoaşte starea actuală, dar nu se poate afirma dacă scăderea e maximă la un moment dat sau nu. acelaşi simptom, scăderea intelectuală, ne poate ajuta în aprecierea posibilităţilor de remisiune. Astfel, dacă apare ca o manifestare a unei stări cronice, dacă are el însuşi o evoluţie cronică şi dacă apare în stare de luciditate, are o semnificaţie mai nefavorabilă. Simptomele cardinale ale bolii sunt cele mai persistente, cu tendinţa cea mai mică spre remisiuni, în timp ce simptomele afective, maniace sau depresive, sunt aproape totdeauna trecătoare. Există unele elemente cu ajutorul cărora se pot face previziuni de probabilitate. Printre acestea, important este tratamentul timpuriu, care creşte numărul remisiunilor. De asemenea, vârsta sub 20 ani întunecă prognosticul, ca şi apariţia insidioasă şi evoluţia lentă şi continuă. Acesta este de multe ori cazul formelor simple de schizofrenie în evoluţia cărora se întâlnesc puţine remisiuni. Tot factorii negativi în aprecierea prognosticului sunt socotiţi şi: halucinaţiile, caracterele psihopatice în anamneză ca şi existenţa unor defecte bine exprimate în momentul externării (Ayres), Holombe şi Astrup consideră că

personalitatea premorbidă schizoidă, tocirea afectivă, halucinațiile haotice şi negativismul sunt elemente defavorabile, care indică evoluția spre cronicitate.

G.Nameche, M.Wating, D.Ricks, studiind pe 50 bolnavi indicatorii timpurii a ieşirii din boală în schizofrenie, deosebesc următoarele semne care determina evoluția cronică pe mai departe a schizofreniei:

1. trăsături psihotice sau schizoide ale mamei;
2. lipsa, chiar a unei vremelnice izolări de condițiile patologice familiare;
3. evoluția deficitară premorbidă sub forma unei adaptări slabe sociale şi sexuale;
4. insuficienta tratare în staționar în copilărie;
5. lipsa participării la viață obştească;
6. lipsa dezorientării sau confuziei în cursul spitalizării;
7. lipsa simptomelor psihotice de coloratura depresivă;
8. trăsături premorbide schizoide ale personalității.

S.Dinitz, F.R.Scarpitti, J.L.Albini, M.Lefton, B.Pasamanick, în decurs de 30 ani au avut sub observație un număr de 64 bolnavi de schizofrenie cu terapie ambulatorie, comparativ cu un grup de 45 bolnavi de schizofrenie care, ambulator, de asemenea au primit terape placebo şi un al treilea grup de 54 bolnavi spitalizați cu acelaşi diagnostic. Rezultatele cercetării au arătat că aplicarea terapiei medicamentoase ambulatorii au prevenit spitalizarea la un număr de 75% din cazurile cu forme grave de schizofrenie. În acest fel, terapeutica ambulatorie poate preveni internarea unui număr foarte mare de bolnavi cu schizofrenie. Ca elemente de prognostic favorabil, se citează: constituția picnică, conservarea reacțiilor emoționale în cadrul unor psihoze de tip afectiv (Mayer-Gross), sau efectul favorabil al unor factori exogeni (operații chirurgicale, boli somatice, infecțioase).

F.Grehard Hackstein, considera că psihoterapia obişnuită, aplicată în scop terapeutic în nevroze, nu este potrivită pentru schizofrenie. În terapeutică şi reabilitarea bolnavilor de schizofrenie sunt necesare să fie aplicate ergoterapia şi psihoterapia de grup. Bolnavii au fost împărțiți în câte 15 oameni, formând colective de tip microsociologic. Existența lor, locuința, munca, trebuie să se apropie de condițiile sociale obişnuite. Pentru a epuiza sentimentul de izolare trebuie stabilită posibilitatea contactului, organizarea distracțiilor (cinema, dansuri, concerte, jocuri sportive). În această acțiune participă sub conducerea medicului tot personalul medical şi personalul de serviciu. În acelaşi timp este necesară aplicarea farmacoterapiei.

T.A. Kiersch, A.G.Nikelly, au studiat particularitățile la învățătură a 108 bolnavi de schizofrenie în colegiu, după stabilirea diagnosticului psihiatric,

comparativ cu o grupă de studenţi sănătoşi. S-a stabilit că reuşita la învăţătură în grupa bolnavilor schizofreni şi progresul lor academic era într-un mod important inferior în comparaţie cu grupa de control şi nu foarte mare, număr de exmatriculări. Exmatricularea bolnavilor studenti din colegiu a fost determinată de diverse cauze şi nu totdeauna a fost legată nemijlocit de boală.

Ch.Muller, arată că se pot observa două fenomene la vârstă înaintată:

1. îmbătrânirea simplă (bătrâneţea) care se asociază cu boala psihică, poate s-o schimbe în sens favorabil sau nefavorabil;
2. apariţia la vârstă tardivă a unor boli organice cerebrale pot avea una sau alta dintre influenţe asupra unor tulburări psihice deja existente cu care se asociază.

Autorul, raportându-se la a doua eventualitate are în vedere schizofrenia. Demenţa senilă şi ateroscleroza cerebrală se întâlneşte la bolnavii de vârsta înaintată nu rar, în raport cu alte contingente de aceeaşi vârstă. Adăugarea sindromului psihoorganic la schizofrenie (27 bolnavi), determină amestecarea simptomaticei schizofrenice la 14 bolnavi şi agravarea ei la 13. Înrăutăţirea situaţiei s-a exprimat prin apariţia stereotipiilor, a delirului nihilist, a halucinaţiilor tactile şi de asemenea, a accentuării autismului. Din contră, evoluţia satisfăcătoare s-a exprimat prin sintonia bolnavilor şi în adaptibilitatea şi liniştea bolnavilor, în raport cu mediul înconjurător. Vorbind despre influenţa bătrâneţei asupra simptomaticei schizofrenice în general, autorul o compara cu influenţa pozitivă a neurolepticelor sau a leucotomiei.

Subliniem influenţa depresiilor atipice şi relativ marele rol a elementelor reactive. Pe baza unei scurte referiri a observaţiilor clinice, privind modificările de vârstă, astfel de psihoze simptomatice, traumatice, a diferitelor forme de nevroze, psihopatii şi narcomanii, autorul ajunge la concluzia că, cu cât sunt mai multe sindroamele psihopatologice, există încă până la sosirea bătrâneţii, determinate de factori psihogeni, o atenuare a acestora prin acţiunea asupra lor a bătrâneţii, şi cu cât există tulburări psihopatologice mai precoce determinate organic sau de factori ereditari (ca de exemplu oligofrenia, sindroame posttraumatice, sindroame Korsakov), cu atât urmează să ne aşteptăm la o înrăutăţire a simptomaticii.

Prezenţa simptomelor catatonice întunecă, în general prognosticul, în special stereotipiile fără semnificaţie, mai puţin însă flexibilitatea ciroasă. Când aceste fenomene catatonice lipsesc, iar simptomele schizofrenice fundamentale sunt atât de uşoare încât ne scapă, prognosticul crizei va fi bun (vindecările sunt frecvente în Amentia şi Paranoia acută descrisă de autori).

În privința stărilor acute, ele au în general un prognostic bun. Se citează în cazul stărilor crepusculare, forme "delirante" şi mai ales pusee afective care durează destul de mult şi care nu se amestecă cu simptomele schizofrenice. Adevarata scădere intelectuală este greu de apreciat în aceste stări acute. Se mai remarcă, în cursul evoluției, deseori, tulburări asociative şi rigiditatea afectivă. Aceste stări fiind doar exacerbări ale tendințelor autistice constante, nu se va putea stabili gradul autismului cronic, care de fapt depind de raportul între simptome şi luciditate: pe de o parte aceste simptome morbide sunt mai rare şi mai uşoare, iar pe de altă parte, confuzia este mai gravă şi prognosticul mai bun. Unele simptome au o semnificație nefaforabilă, cum ar fi: catatonia uşoară, confuzia uşoară, câteva acte impulsive, chiar dacă relațiile cu cei din jur nu sunt rupte. Scăderea intelectuală în stările cronice nu mai este mascată de manifestările acute, diagnosticul punându-se mult mai uşor. Se consideră că, dacă ameliorarea nu apare în primii trei ani, nu se mai poate spera. Dar, se pot întâlni ameliorări şi după mai mulți ani. Ca indiciu al profunzimii tulburărilor cerebrale se iau în considerare simptomele somatice, mai ales tulburările motorii (Schuele, 1886), Weber (1904) pune problema unei eventuale semnificații prognostice a tulburărilor vasomotorii. Nu se poate cunoaşte dinainte tendința la recidive după vreun criteriu.

După Stransky, aceste recidive apar după cinci ani de la primul puseu. Cu cât perioada dintre primul puseu şi apariția recidivelor este mai lunga, cu atât noile pusee sunt mai rare. Evoluția tabloului clinic al schizofreniei nu depinde de procesul morbid. Ceea ce observăm noi sunt aproape exclusiv simptome secundare, care pot varia larg între o intensitate maximă sau minimă, ameliorându-se sau agravându-se în funcție de factorii psihici.

G.Nameche, MWaring, D.Ricks, au studiat un număr de 50 bolnavi şi au evidențiat următoarele semne precoce, care determină pe mai departe evoluția cronică a schizofreniei:

1. trăsăturile psihotice sau schizoide ale mamei;
2. lipsa chiar temporară a izolării de condițiile patologice familiale;
3. evoluția premorbidă în sensul unei adaptări sociale şi sexuale deficitare;
4. insuficiența terapiei în staționar în copilărie, cel puțin trei luni;
5. lipsa participării la viața socială;
6. lipsa dezorientării sau confuziei în cursul spitalizării;
7. lipsa simptomelor psihozei depresive; trăsături premorbide schizoide ale personalității.

Se dau încă un număr de 5 trăsături (deci total 13 factori). Punctele 1,2,4 şi 5 sunt date pe baza studiului perioadei timpurii a vieții bolnavului,

după opinia autorilor, ele fiind date noi în literatură cu privire la prognosticul schizofreniei. Restul factorilor sunt desprinşi din istoricul bolii pacienţilor şi din literatura corespunzătoare.

Vom arăta mai jos variaţiile prognostice în funcţie de forma clinică sub care apare schizofrenia. Astfel, Ambrumova, ca şi C.Belciugateanu şi colab. consideră că forma simplă a schizofreniei are o evoluţie progresivă, cu atenuări slabe, către un proces disociativ, fără ca neapărat prognosticul să fie sumbru. Azi, există posibilitatea evitării acestei evoluţii prin tratament medicamentos precoce, intens şi prelungit, dar mai ales prin terapie ocupaţională. Cât despre forma hebefrenică, pe parcursul evoluţiei apar mereu simptome noi, chiar după ce s-a instalat disociaţia profundă. Deci, aici se întâlneşte o tendinţă spre continuarea şi reactivarea procesului, cu un prognostic nefavorabil. La aceeaşi concluzie a ajuns şi Favorina, care a observat simptome foarte polimorfe, cu remisiuni spontane numeroase. Forma catatonică a schizofreniei poate avea şi ea un prognostic foarte bun sub tratament precoce şi intens, fie un prognostic foarte sumbru (O.Kant şi Achte). Ambrumova conclude că prognosticul acestei forme este nefavorabil. C.Belciugateanu şi colab., luând în considerare forma catatonică lucidă (fără tulburări de conştiinţă), descrisă de Snejnevski, observă că evoluţia se face spre tipul defectual cu disociaţie şi degradare psihică profundă; ameliorările sau remisiunile sub terapie sunt foarte slabe, prognosticul rămânând sumbru.

R.Mille comunica rezultatele lobotomiei la un număr de 150 bolnavi de schizofrenie la care s-a remarcat postoperator sindromul cronic organic, iar la unii dintre bolnavi s-au înregistrat fenomene convulsive epileptiforme. O atenţie particulară a fost acordată pacienţilor care preoperator prezentau diagnosticul de schizofrenie catatonică, plasaţi după operaţie în grupa bolnavilor cu simptome convulsive (din 33 bolnavi cu fenomene convulsive) după lobotomie numai 7 erau cu simptomatologie catatonică. S-ar putea ca fenomenele epileptiforme să prezinte un artefact operatoriu, dar poate să fie la bolnavi cu schizofrenie catatonică consecinţa suferinţei cerebrale importante preoperatorii în raport cu alţi bolnavi.

Lieberman, efectuând studii electroencefalografice a observat că pragul convulsivant la metrazol la bolnavii de schizofrenie catatonică şi epilepsie idiopatică este inferior, în raport cu bolnavii suferind de psihonevroze, isterie sau de schizofrenie cu sau fără simptome catatonice. În felul acesta, studiul epilepsiei postraumatice la bolnavii cu schizofrenie catatonică poate lămuri problema asemănărilor dintre epilepsie şi catatonie, ca şi legătură dintre epilepsia idiopatică şi simptomatică.

În privința formei paranoide a schizofreniei, s-a ajuns la concluzia că aici instalarea defectului se face mai lent, prognosticul fiind relativ favorabil.

În forma circulară a schizofreniei, prezența preponderentă a puseurilor de catatonie oneroide impune o evoluție nefavorabilă (Stankevici, Verbalskaia). Această autoare arată că, atunci când în evoluția acestei forme de schizofrenie alternează faze catatonico-oneroide cu faze catatonice lucide, se pune problema unei forme de tranziție spre forma catatonică.

Unii autori, printre care şi Bellak constată o anumită dependență a prognosticului bolii de personalitatea psihopatică preschizofrenică. Aceasta ar întuneca prognosticul (Ambrumova, Felner, Elgazina). Subiecții care au avut trăsături pozitive ale personalității premorbide şi un nivel intelectual mai ridicat, ar beneficia de un prognostic mai favorabil. Dukar şi Achte observă că dintre formele nucleare, cea paranoidă are prognosticul cel mai favorabil, mai ales cu aportul terapeuticii moderne. Alimov arată că pe măsură ce boala evoluează, recidivele declanşate exogen sunt tot mai rare.

Sakoka (1964), studiază un număr de 348 bolnavi de schizofrenie internați în perioada 1952 - 1958. Se subliniază că cele mai slabe rezultate se observă la copii, iar în ce priveşte adulții, rezultatele favorabile sunt comparativ mai frecvente. Cele mai defavorabile rezultate s-au obținut la copii îndeosebi în acele cazuri în care boala a debutat înainte de vârsta de 10 ani; iar la adult rezultatele cele mai bune s-au obținut în cazul debutului tardiv al schizofreniei.

Debutul acut al schizofreniei, întâlnit mai ales la copii, comparativ cu adulții, a fost de un prognostic mai grav, în timp ce la adult un debut acut are prognostic mai bun decât un debut lent insidios. În cazurile de schizofrenie tardivă, cazurile acute au avut cel mai mic procent dar au fost cele mai frecvente dintre toate grupele, cazurile subacute.

Prognosticul în formele paranoide şi hebefrenice a fost mai nefavorabil comparativ cu formele catatonice şi cu reacțiile schizofrenice.

Mortalitatea a fost mai mare la bolnavii cu schizofrenie tardivă şi aproape de două ori mai mare la femei, în timp ce cazurile de însănătoşire s-au observat cel mai frecvent la bărbați.

În privința recidivelor din schizofrenie, unii autori afirmă chiar o însănătoşire; afirmația lui Zenevici că un acelaşi subiect poate să facă în viață două sau mai multe schizofrenii, este contestată de alți autori.

C.M.Ayres analizează factorii care au acționat asupra bolnavilor de schizofrenie în perioada remisiunii după prima internare complicând reconvalescența. Au fost studiate 186 femei dintr-un număr total de 263

bolnavi, care au fost reinternați pentru a doua oară. Au fost desprinse 6 cauze care au acționat negativ în perioada de remisie:

1. sarcinile în perioadă de remisie;
2. întreruperea, după voie a terapiei medicamentoase;
3. prezența halucinațiilor la ieşirea din spital;
4. prezența unui defect manifest la ieşirea din spital;
5. prezența în anamneză a trăsăturilor psihopatice manifeste înainte de apariția simptomelor schizofrenice;
6. conflicte familiale serioase care au survenit în perioada de remisie.

Femeile bolnave de schizofrenie şi care au născut în perioada remisiei, în 50% din cazuri au fost reinternate; la fel, în 50% din cazuri au fost reinternate femeile care au întrerupt tratamentul din proprie inițiativă; 75% din femeile cercetate care prezentau halucinații la externare au fost de asemenea reinternate; 50% din femeile care prezentau la externare o remisie cu defect au fost reinternate; 75% dintre bolnavii care aveau trăsături manifeste psihopatice în antecedente şi care precedaseră instalarea psihozei, au fost din nou internați.

În legătură cu conflictele familiale în perioada remisiei, numai 17% dintre bolnavi au fost din nou reinternați.

Autorul consideră că luarea în considerare a acestor particularități permite o apreciere mai corectă a prognosticului bolii.

J.Waldron, cercetează un număr de 59 bolnavi de schizofrenie cronică în scopul evidențierii acelor simptome care permit externarea şi reabilitarea bolnavilor. Vârsta medie a bolnavilor era de 46,2 ani cu o durată medie de boală de 16 - 4 ani. S-a studiat absența sau prezența următoarelor simptome: delirul, tulburările schizofrenice ale gândirii, simptomele catatonice şi halucinațiile. Aproximativ 25% nu prezentau aceste simptome; 18 din 44 prezentau delir, 22 halucinații, 15 tulburări de gândire şi 18 simptome catatonice; 22 dintre bolnavi se aflau în serviciu cu regim liber, în timp ce 27 nu puteau fi eliberați din spital. Autorul ajunge la concluzia că bolnavii de schizofrenie, aflați în secțiile de cronici au fost puțin studiați şi de obicei superficial. Mulți ar putea fi externați, dacă societatea s-ar interesa de aceste probleme.

A.Kiev, M.B.Giffen, au studiat factorii prognostici în schizofrenie pe baza unui număr de 354 foi de observație a bolnavilor aviatori cu diagnosticul de schizofrenie. Pacienții au fost împărțiți în două grupe: prima, constituită din 182 bolnavi care la ieşire erau ameliorați şi 172 a doua grupă fără ameliorare sau cu agravare. În ambele grupe, în antecedentele premorbide predominau trăsături ale personalității de tip schizoid, paranoid sau asocial. Bolnavii proveneau predominant din familii în care predomina predispoziția la

psihopatie şi alcoolism. În ambele grupe predominau persoanele cu o rea adaptare premorbidă, deşi în prima grupă bolnavii erau mai capabili de adaptare la viaţă. Favorabil din punct de vedere al prognosticului s-a dovedit a fi debutul acut al bolii, prezenţa factorilor negativi provocanţi, starea de excitaţie, perplexitatea, tulburarea conştiinţei, depresia, dependenţa conţinutului clinic de personalitate şi de situaţie, intervalul scurt dintre debutul acut şi spitalizare.

Prognosticul nefavorabil a părut a fi debutul lent, cu starea emoţională ştearsă, slăbirea asociaţiilor, perioadă mare de ani între apariţia primelor simptome şi începutul terapeuticii, scăderea intelectuală, îngustarea cercului intereselor, caracterul introvertit, negativismul, dezbinarea familială precoce, scăparea de sub influenţa familiei, trăsăturile schizoide premorbide ale personalităţii. Unul din aceşti factori nu poate fi determinant în apariţia bolii. Rezultatele autorilor permit afirmaţia posibilităţii de a deosebi posibilitatea variantelor remitente (autoîntrerupere) a evoluţiei de cea continuă.

J.C.Holl, K.Smith, A.Shimkunas, pe un număr de 188 bolnavi de schizofrenie au studiat capacitatea de muncă în decurs de 5 ani, după internarea în spitalul psihiatric şi la 1 an după ieşirea din spital. În funcţie de caracterul muncii până la spitalizare bolnavii erau împărţiţi în 4 grupe.

1. neîntrerupt în muncă şi aveau întrerupere în muncă nu mai mult de 3 luni (39,9%);
2. muncă întreruptă cu întrerupere nu mai mare de 3 luni, dar cu schimbări ale locului de muncă de peste 4 şi mai multe ori (22,3%);
3. lucrători sporadici, ocupati în procesul de producţie 6 luni şi peste, dar cu întreruperi în muncă de peste 3 luni (28,2%);
4. nu lucrează, durata muncii la care era sub 6 luni (9,6%).

după un an de la spitalizare bolnavii se prezentau astfel:

1. lucrători continuu angajaţi care lucrau în decursul unui an, dar nu mai puţin de 6 luni într-un loc (27,7%);
2. lucrători care nu lucrează continuu, durata muncii cărora nu e mai mare de 6 luni, iar schimbul ei era de două şi peste două ori (10,6%);
3. muncitori sporadici care sunt ocupaţi nu mai puţin de 6 luni, dar peste 4 săptămâni (29,3%);
4. nu lucrează (32,4%).

Se vede că după spitalizare s-a micşorat numărul muncitorilor în primele două grupe, nu s-a modificat în a treia şi aproape de patru ori a crescut în grupa a patra. În relaţie cu aceasta, cea mai mare importanţă are gravitatea

bolii şi gradul calificării, care se află în dependenţă directă de caracterul activităţii productive a bolnavului.

R.Walker, J.Mc.Court, au studiat, în condiţiile staţionarului psihiatric capacitatea de muncă a unui număr de 211 bolnavi de sex masculin suferind de schizofrenie cronică. S-a constatat că un număr de 112 dintre ei (53%) erau capabili să realizeze munca încredinţată. Totusi, 49 bolnavi (23%) au lucrat un număr de 6 luni după externarea din spital. Autorii preconizează crearea unor centre de ergoterapie pentru bolnavii cronici.

A.S.Evans, D.M.Bullard, H.Solomon, arată că familia constituie cel mai important ajutor al medicului în vederea reabilitării bolnavilor cronici de schizofrenie. Graţie unor relaţii pozitive familiale faţă de bolnav, mulţi dintre ei se află în afara spitalului, sau în staţionarele de zi etc. Interesul activ al membrilor familiei pentru bolnavul cronic se exprimă prin aceea că ei continuă să viziteze spitalul chiar mulţi ani după ieşirea din clinică. Familia constituie cel mai important factor de care ţine externarea bolnavului. Opiniile asupra posibilităţilor extraspitaliceşti a bolnavului, şi în particular asupra capacităţii sale de muncă pot fi realiste, dacă se cunoaşte bine bolnavul în relaţiile particulare familiale. Totuşi, în unele cazuri, dorinţa familiei de a ajuta bolnavul se loveşte de dificultăţi legate de condiţiile materiale, de unele prejudecăţi cu privire la bolnavul psihic ceea ce face să nu se poată găsi un loc de muncă. Pentru aceasta autorii propun necesitatea ajutării materiale a bolnavilor psihici şi a familiilor lor ca şi crearea unor instituţii sociale corespunzătoare.

H.Gastager, R.Schindler propun termenul de "reabilitare" însemnând "includerea în societatea oamenilor normali" vechiului inteles de "însănătoşire" sau "remisie". Reabilitarea indică, în sensul psihodinamic şi existenţialist asupra acelor procese "de modificare şi reconstrucţie a existenţei" care caracterizează încercarea de a învinge boala din partea bolnavului. Sarcina terapeuticii psihiatrice ar fi să se ajute şi să se susţină această tendinţă a bolnavului. Pentru aceasta trebuie să se aplice în mod diferenţiat diversele metode somato şi psihoterapice. Deosebit de eficientă în relaţie cu reabilitarea s-a dovedit psihoterapia de grup.

L.Kameneva, M.Tvetkova, arată că momentul apariţiei psihozei apare ca un criteriu prognostic asupra capacităţii de muncă a bolnavului. Debutul acut şi subacut al psihozei are cel mai favorabil prognostic asupra capacităţii de muncă.

ANDRIEŞ C. LUCIAN
Nr 2817
Biblioteca Personală

CUPRINS

INTRODUCERE. ISTORIC **1**

SIMPTOME ACUTE **2**

CLINICA SCHIZOFRENIEI **8**

SIMPTOME ACCESORII **33**

FORMELE CLINICE ALE SCHIZOFRENIEI. SCHIZOFRENIA SIMPLĂ **75**

A) FORMELE CLINICE PRINCIPALE 77
1. Schizofrenia simplă *77*
2 Schizofrenia hebefrenică *84*
3. Schizofrenia hebefreno-catatonică *88*
4. Schizofrenia paranoidă *99*
B) ALTE FORME CLINICE DE SCHIZOFRENIE 104

PARTICULARITĂȚILE MEDICO-LEGALE ALE SCHIZOFRENIEI ÎN FUNCȚIE DE FORMA CLINICĂ **125**

EVOLUTIA ȘI PROGNOSTICUL SCHIZOFRENIEI **128**

ANDRIEȘ C. LUCIAN
Nr 2817
Biblioteca Personală

Tipărit sub comanda 228
S.C. „Dosoftei" S.A. Iaşi
str. Sf. Lazăr nr. 49

ISBN 973-9135-25-0